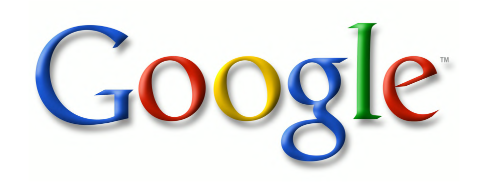



FOUNDED 1852
BOSTONIA
CONDITA A.D.
1630.
BOSTON PUBLIC LIBRARY
1888,
2.
Received. Feb. 5, 1889.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE

LA FRANCE MÉDICALE

1888. — TOME II

TRENTE-CINQUIÈME ANNEE

LA FRANCE MÉDICALE

Paraissant les Mardi, Jeudi et Samedi

1888. — TOME II

PARIS
LECROSNIER ET BABÉ, ÉDITEURS
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1888

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 77. MARDI 3 JUILLET 1888.

LA
FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE. .... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.



35e Année. — Tome II — N° 77 Mardi 3 Juillet 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Note sur deux cas de lymphangiome ganglionnaire (Adénolymphocèle)

Par M. CHIPAULT.

Interne des hôpitaux (suite) (1).

A la partie inférieure de la fesse gauche commence une tuméfaction du membre inférieur qui s'étend jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du pli poplité. Cette tuméfaction a au moins quatre doigts de large, aussi bien en haut qu'en bas; supérieurement elle se perd dans la fesse ; latéralement et inférieurement elle est limitée par un véritable bourrelet.

La peau, sur toute son étendue, est plus facile à pincer et se laisse prendre plus largement que du côté opposé. Le palper fait sentir des cordons verticaux dans toute la région tuméfiée. Ce palper est très douloureux, en un point assez limité, grand comme la paume de la main, situé à 5 cent. environ au-dessus de la limite inférieure de la tuméfaction, jamais cette douleur n'apparaît spontanément; elle est très vive lorsque le malade se heurte la région. Cette exagération localisée de la sensibilité existait déjà avant que le jeune malade ne se fût aperçu de ses tumeurs.

La palpation permet de reconnaître que les varicosités dépassent la limite inférieure apparente de la tuméfaction et se prolongent dans le creux poplité, dont le palper profond est douloureux, sans qu'on puisse y sentir de tumeur spéciale.

Enfin, à la partie postérieure de la jambe du même côté, on sent un cordon, de la grosseur du petit doigt, qui descend à la partie médiane du mollet, en présentant plusieurs varicosités douloureuses au palper. Ce gros cordon se perd un peu au-dessus des malléoles. Il y a, surtout le soir, un peu d'œdème au-dessous et en arrière de la malléole interne du pied gauche. La peau est saine sur toute l'étendue de ces varices du creux poplité de la jambe.

(1 V. *France méd.*, n° 74.

Rien du côté du membre inférieur droit.

La mensuration comparée des deux membres inférieurs donne comme circonférence, 1° pour le membre inférieur gauche.

a). Au niveau du pli génital, 48.

b). Au milieu de la cuisse, 43.

c). Au point le plus saillant du mollet, 38.

2° Pour le membre inférieur droit aux points correspondants : 45,40 et 36 1/2.

Dans l'aisselle gauche, face externe, très gros ganglion mollasse, peu mobile, douloureux à la pression. Rien dans l'aisselle droite. Pas de ganglions épitrochléens. Du côté gauche, quelques ganglions sus-claviculaires durs, petits, mobiles ; deux ou trois autres, au-devant du pavillon de l'oreille, du même côté, actuellement un peu enflammés et douloureux.

Rien au cœur, pouls bon, un peu dur ; pas de varices veineuses, l'examen microscopique du sang n'a révélé ni leucocythémie, ni diminution du nombre des globules blancs.

Un peu de rougeur des amygdales. Le fond du pharynx est normal. Actuellement bronchite assez intense, quelques râles dans la poitrine des deux côtés.

Appétit bon : il l'a d'ailleurs toujours été. Cependant le malade est très constipé et est de temps en temps obligé de prendre une purgation légère pour aller à la selle.

Il y a eu un peu de lenteur de la miction. L'urine ne contient ni albuminurie, ni sucre ; les sueurs n'ont rien d'exagéré.

Le système pileux est blond, normalement développé ; la peau partout saine, assez pâle, sans être molle. Rien du côté des organes des sens.

Le tissu adipeux est plutôt développé.

En somme l'état général est très satisfaisant.

Etat le 1er *juin.* — Il n'y a rien eu de nouveau dans l'état local ou général du malade. Je dois noter cependant que sa bronchite a disparu ; la tuméfaction du membre inférieur gauche a gagné la face interne et la zone douloureuse par pression s'est notablement étendue.

Le lymphangiome ganglionnaire dont nous venons de donner deux observations nouvelles a été désigné sous des noms multiples : Adeno-lymphocèle (Anger). Lymphangiectasie ganglionnaire (Verneuil). Lymphadénectasie (Georggevie). Lymphanévrysme (Busch). Maladies des glandes (Dénomination vulgaire à la Réunion). Tumeur variqueuse des ganglions (Bousquet). Tumeur érectile lymphatique. Lymphalocèle.

C'est une affection rare, qui n'est bien connue que depuis Nélaton

et M. le docteur Anger (1). Dans les cas antérieurs à cette époque, le diagnostic a été porté après coup. La première observation en date est celle de Konis, Halle et Henke (2) (1807), puis viennent celles de Reimer (3) (1823), Amussat (4) (1836), Bush (5) (1841), Zamini (6) (1845), Desjardins (7) (1854), Wirchow (8) 1854), Leïcke (9).

En 1860, Nélaton donna la première observation diagnostiquée, que suivirent rapidement, une autre du même auteur (10) (1863), une de M. le professeur Trélat (11) (1864) qui en lut trois autres de Petit à la Société de chirurgie (12), celle de M. Anger, celle de M. le professeur Verneuil (13) (1869).

En 1870, Vlandan Georggevie (14) publia dans les Archives de Langenbeck son mémoire où se trouve relaté le cas opéré par Billroth.

Depuis un assez grand nombre d'observations d'adénolymphocèles a été publié, tant en France qu'aux colonies : Nepveu (15) (5 observations), Reverdin (16), Mazaé Azéma, (17), Bousquet (18), Ch. Nélaton (19), Le Dentu (20), Signalons encore les études de Kraus (21),

---

(1) Anger. Th. Paris, 1867. Des tumeurs érectiles lymphatiques (adénolymphocèles).

(2) Archiv. f. med. bif. Jahr. Bd 2, p. 4. 1807.

(3) Essai d'une physiologie du sang, p 144. Leipsig, 1823.

(4) Breschet. Th. ag. Paris. 1836.

(5) Abhandl. Petersb. Aerzte 1842.

(6) J. de chimie et de pharmacie, t. VIII, 1845.

(7) Bull. Soc. biologie, mai 1854.

(8) Archives Bd II, p. 59-125, 1854.

(9) Handbuch der allgem und. spec. chirurgie, t. II, 1re p., p. 267.

(10) Aubry. Th. Paris, 1865.

(11) Soc. chirurgie, 1864. B. et M. p. 306-433.

(12) Id., 5 octobre 1864.

(13) Soc. chirurgie, 21 juillet 1869. B. et M., p. 353.

(14) Archiv. f. klinische chirurgie. t. XII, p. 675, 1871. Uber Lymphorhee und Lymphangiome.

(15) Inflammation des lymphangiectasies. Rapport de M. Anger. M. Soc. chirurgie, 26 juillet 1876.

(16) Id.

(17) De la lymphangite endémique des pays chauds, fasc. 2, St-Denis (Réunion), 1879.

(18) Tumeur variqueuse des ganglions et des vaisseaux lymphatiques de l'aine droite. Soc. chir. 30 avril 1884.

(19) Obs. de lymphangiome de la cuisse, opéré et guéri. Soc. chir. 23 mars 1887. Rap. de M. Anger.

(20) Discussion à propos de la communication précédente.

(21) Dilatation variqueuse des ganglions lymphatiques. Ann. Soc. méd. chir. de Liège, 1862, I, 237-241.

Ume (1), Nepveu (2), Le Roy de Méricourt (3), Desert (4) Vinéon (5), d'Astros (6), Péan (7), Pelissier (8), Calmette (9), les classiques, les dictionnaires (10, 11, 12), les traités de pathologie exotique (Nelly, Coire, Rona). Le mémoire de Marguez (13), malgré son titre, n'a pas trait à l'affection qui nous occupe. Elle est basée sur une observation de lymphorrhagie avec dilatation du réseau superficiel, et probablement lymphangiome sous-dermique.

En Allemagne, depuis le mémoire de Vladan Georggevie, un certain nombre de travaux ont été publiés sur le lymphangiome en général (Wegner, Müller, Meddeldorpf, Ben Israël) (14). Le lymphangiome intra-ganglionnaire y est peu ou pas étudié.

Je signalerai le cas de Petters (15) et Klebs (16), vérifié par l'autopsie. La dilatation des conduits, disent ces auteurs, était sensible dans la plupart des ganglions inguinaux tuméfiés. M. le docteur Péan considère comme étant un lymphangiome des ganglions mésentériques une tumeur jugée par Neuselbaum (17) comme consécutive au développement d'un grand nombre de lymphatiques dans une tumeur graisseuse préexistante, et trouvée à l'autopsie d'un homme de 80 ans mort du scorbut.

Les autres cas de lymphangiome publiés en Allemagne sont : soit des cas de lymphangiome sous-épidermique, souvent avec lymphor-

---

(1) Tumeurs dites adénolymphocèles. Arch. med. belges. Brux. 1868, 2 s. XII, p. 308-312.

(2) Du lymphangiome simple et ganglionnaire. Arch. méd. 1872, t. II, p. 215.

(3) Rapport sur le mémoire de Mazaé Azema. Rev. des soc. savantes 1878.

(4) Des dilatations lymphatiques. Th. Paris, 1877, nº 131.

(5) Contribution à l'étude de la lymphite grave, à Maurice et à la Réunion. Arch. méd. navale 1877.

(6) Lymphangiomes ganglionnaires. Marseille médical 1879, XVI, 657-669.

(7) Du lymphangiome, in. Leçons de clinique chirurgicale, 1879-80, p. 227.

(8) Des maladies les plus communes à la Réunion. Th. Paris, 1880, nº 184.

(9) Etude critique sur l'étiologie et la pathogénie des maladies tropicales attribuées à la filaire du sang humain. Th. Paris, 1886.

(10) D. Dechambre. 1re série, t. II. Art. Aine, p. 310 (Verneuil), 1869.

(11) D. Dechambre, 2e série, t. III, p. 474 (Polani), 1870.

(12) D. Jaccoud, t. XX, 1875. Le Dentu et Longuet.

(13) Contrib. à l'histoire de la lymphorrhagie et des lymphatocèles. Gaz. hebd. de méd. Paris 1879. 2e S., XVI, p. 248-251

(14) Ueber lymphangiome, in-8. Wurtzburg. 1885.

(15) Ueber Lymphorrhagie. Vierteljahrschrft. der prakt. Heilk. Prague, vol. CXXV, 1875, p. 69.

(16) Ueber lymphangiectasie, id., 155.

(17) Ein seltener Geschwulst des mesenterium : Chylomyxoma cavernorum. Wirchows Archiv. Bd XIV. 2e Heft 1881.

rhagie Zua Hapuce (1), Fischer (2), soit des cas de lymphangiome sous-dermique, et, dans ce dernier cas, le diagnostic avec les adénolymphocèles est parfois bien difficile. Les observations suivantes, entre autres, le prouvent :

1° Un cas de Wegner (3), ayant trait à une tumeur supra-claviculaire gauche, avec prolongements sous-sterno mastoïdiens et médiastinaux. Ablation, guérison.

2° Le cas de Middeldorpf (4) observé en 1884, chez une jeune fille de 16 ans, qui portait en dehors du pli inguinal droit, entre le grand trochanter et l'épine antéro-supérieure une tumeur de la grosseur d'une pomme. Une incision en fuseau fut faite pour enlever la tumeur. Guérison en un mois. La coupe de la tumeur montra un tissu caverneux, se perdant à ses limites dans le tissu graisseux sous-cutané.

3° Le premier des trois cas de Müller (5). Il s'agit d'une tumeur congénitale siégeant à la partie interne de la cuisse droite sous le périnée. Au début, du volume d'un œuf de poule, elle avait, lorsque le malade fut examiné (à l'âge de huit ans), un volume plus considérable, et envoyait un prolongement à la partie antérieure de la cuisse. Par le palper, on sentait dans la masse des nodosités. Extirpation après incision en fuseau. Mort accidentelle quelque temps après.

Si nous étudions maintenant les points intéressants de l'histoire clinique de nos deux malades, nous voyons qu'ils viennent à l'appui de cette opinion que l'adénolymphocèle est bien plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

L'un de mes malades (observation I) a vu débuter sa tumeur à un âge un peu plus avancé (34 ans) qu'il n'est noté habituellement. Il se rapproche sur ce point de celui de M. Anger, qui a vu débuter la sienne à 31 ans. L'âge ordinaire pour l'apparition des adénolymphocèle est de 13 à 20 ans (Mazae Azéma).

Mes deux sujets sont vigoureux, l'un du moins sans trace aucune de lymphatisme. En effet, pour M. Anger, la constitution n'est pour rien dans l'étiologie des tumeurs lymphatiques. Pélissier la considère cependant comme très importante, et Mazae Azéma note le tempérament lymphatique dans 27 cas sur 36.

(1) Ein Fall von Lymphangiectasie mit Lymphorrhagie. Archiv. f. path. Anat. Berlin 1882, XC, 350-388.

(2) Deutsche Zeitschrift für chirurgie 79, t. XII.

(3) Ueber Lymphangiome. Archiv. f. klin. chirurgie, vol. XX, 77.

(4) Ueber Lymphangioma cavernosum. Archiv. f. klin. Chirurgie, vol. XXXI, 1885, p. 590.

(5) Zur Casuistik der Lymphangiome. (Bruns. Beitrage zur klinische chirurgie, 1885. Tubingen.)

Nous n'avons pas trouvé trace d'influence héréditaire, notée par quelques auteurs. L'adénolymphocèle est considéré par un grand nombre de médecins des pays chauds (Patrick Manson, Azema, Lewis) comme dû à la filaire de Wuchères qui, d'après Manson, habitant le vaisseau lymphatique, jouerait dans la dilatation variqueuse des ganglions un simple rôle obstructeur. Suivant le docteur Calmette, ce rôle obstructeur pourrait être joué par tout autre chose que les filaires ; Nielly rejette absolument leur influence pathogénique. Chez le malade de notre observation II, nous avons examiné le sang provenant d'une piqûre faite le soir au petit doigt de la main droite ; nous n'avons rien trouvé ; une piqûre faite au niveau de la tumeur aurait peut-être donné un résultat différent. Nous ne l'avons pas faite par crainte de l'inflammation si facile à déterminer dans les adénolymphocèles.

L'influence du climat ne paraît pas douteuse : la plupart des cas d'adénolymphocèle ont été observé dans les pays chauds (Egypte, Brésil, Australie, surtout Maurice et la Réunion), et chez des individus en venant et y étant nés. Le malade d'Amussat était créole de Bourbon; les faits observés par Nélaton l'ont été l'un sur un Brésilien, l'autre sur un Egyptien. La jeune fille observée par M. Verneuil était de Pondichéry. Les malades de Trélat, Petit, Nepveu, Azéma, étaient tous originaires de Maurice ou de la Réunion. Pélissier classe la maladie des glandes parmi les maladies les plus communes à la Réunion. Dans un conseil de revision pour la ville de Saint-Denis, en 1868, Mazae Azéma a trouvé que 95/100 des examinés étaient atteints de tumeurs lymphatiques. Suivant ces deux auteurs, l'affection serait d'ailleurs devenue plus commune dans les deux îles depuis une vingtaine d'années. L'influence du climat ne paraît d'ailleurs s'exercer qu'au bout d'un certain nombre d'années : à la Réunion la maladie n'est observée que chez les créoles dont la constitution a été modifiée par le climat dès l'enfance. Un séjour passager dans l'île ne paraît pas suffisant. A ce point de vue les malades de Desjardins et de Bousquet sont des exceptions.

(*A suivre*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 juin 1888. — *Présidence de* M. POLAILLON.

TRÉPANATION DANS LES TRAUMATISMES DU CRANE. — M. *Quénu* communique deux cas de trépanation pour traumatisme.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un enfoncement du frontal, au niveau du sinus; il retira un fragment de la table interne, mit de la gaze

iodoformée pour faire l'hémostase. Le lendemain on fit la suture de la peau, le malade est guéri.

Dans le second cas, il s'agit d'un malade qui avait un enfoncement du pariétal et du frontal ; il lui enleva grand comme la paume de la main de l'os du crâne, il avait une paralysie du bras droit qui n'a pas disparu par l'opération. Bien plus, elle s'est étendue à la jambe ; car il y a eu de la méningo-encéphalite qui a donné naissance à un gros bourgeon fongueux ; le malade est sorti guéri de la plaie, mais il lui reste de l'hémiplégie.

M. Quénu rappelle ensuite plusieurs cas de trépanation avec guérison pour traumatisme, publiés depuis la dernière discussion à la Société de chirurgie.

Il insiste sur la facilité de l'infection dans le cas de fracture, et la difficulté d'interpréter le mécanisme de cette infection.

M. *Reclus*. Je viens de pratiquer une trépanation secondaire. Il s'agit d'un soldat blessé à Wœrth et entré à Bicêtre pour des accès d'épilepsie.

M. Féré, dans le service duquel il était entré, me demanda de l'opérer. Je fis un grand lambeau de 25 cent., et j'appliquai cinq couronnes de trépan qui me permirent d'enlever une petite exostose.

J'ai réappliqué le lambeau sans drainage. Guérison rapide.

L'épilepsie est guérie.

M. Féré est cependant d'avis qu'on ne devrait pas publier ce fait comme un cas de guérison d'épilepsie par la trépanation ; car il se demande, après avoir fait des recherches sur l'influence des pointes de feu appliquées sur le crâne qui lui ont donné de bons résultats, si la simple incision de la peau ne suffirait pas dans ces cas. Du reste, je publie ce fait pour montrer l'innocuité de l'opération.

M. *Trélat*. Il y a deux ans, j'ai opéré un jeune homme de 26 ans qui avait fait une chute cinq ans auparavant et s'était fait une blessure au crâne ; à la suite de cela, il avait eu des crises épileptoïdes assez bizarres.

Je fis une incision courbe au niveau de la cicatrice. J'appliquai une couronne de trépan et enlevai 3 cent. carrés environ d'os. La partie enlevée était hyperostosée. Guérison.

Depuis cette époque, ce malade n'aurait eu qu'une petite ébauche de son accident trois semaines après l'opération, et puis plus rien.

M. *Championnière*. Les faits de M. Quénu sont d'un autre ordre que les miens.

Je crois, contrairement à M. Quénu, que l'enfoncement des os est dangereux par lui-même et non seulement par la fissure dont il s'accompagne.

Je n'aurais qu'une confiance limitée dans les pointes de feu. Ces

épileptiques n'ont qu'une amélioration passagère sous l'influence des traitements médicaux.

J'ajoute qu'un des quatre épileptiques que j'ai trépanés pour épilepsie vraie n'a plus d'accès depuis un an. A propos de l'incision cutanée, je crois que le lambeau curviligne n'est pas aussi bon que le lambeau en T parce qu'avec celui-ci on se guide mieux dans les cas où on a à agir sur les régions motrices.

DES EFFETS PRODUITS PAR LA BALLE DU FUSIL LEBEL, par M. *Nimier*. — RAPPORT. — M. *Chauvel*. Ce qui est remarquable dans les effets produits par cette balle, c'est l'étendue des traumatismes en particulier, quand il s'agit du crâne; car il existe autour du trou d'entrée une série de fissures rayonnées ; de plus, ces fissures sont réunies par d'autres fissures formant comme le bandage de la roue. Il y a aussi des fissures longitudinales ou transversales.

M. Nimier a présenté des types de déformation de balles. Elles ne sont pas déformées dans le corps humain, mais plutôt dans la butte où elles se perdent : les lésions osseuses constatées le montrent et d'un autre côté, même à la distance de 1,500 à 2,000 mètres, aucune balle ni aucun fragment ne reste dans le corps.

Cette absence de corps étranger est un fait important.

L'orifice d'entrée est excessivement petit. Aux distances moyennes, l'orifice de sortie est plus étroit qu'aux longues distances, contrairement à ce qui se passe pour les balles de plomb.

L'orifice de sortie est en général petit, et n'est pas en rapport avec l'étendue des lésions sous-jacentes qui peuvent être très graves avec un très petit orifice.

Dans les muscles il y a de larges trous, si les muscles sont frappés transversalement ou un peu obliquement. Au contraire, on ne retrouve pas le trajet quand il est parallèle à la direction des fibres musculaires.

Sur les vaisseaux on a pu avoir des échancrures latérales, de même des perforations, nous n'avons pas observé le recroquevillement des membranes internes dans les cas de section.

Dans 30 0/0 des expériences il y a eu des lésions vasculaires.

Dans les os spongieux les sillons, les perforations peuvent s'accompagner de fissures. Les désordres sont moins grands qu'avec les balles de plomb.

C'est le contraire pour le tissu compact, pour la diaphyse des os longs et pour les os plats.

Les effets explosifs s'observent avec les coups tirés à courte distance.

Ce qui est remarquable, c'est que ces balles ne restent jamais

dans le corps, même aux grandes distances, 1500 et 2000 mètres, tant leur force de pénétration est grande.

De même en raison de la petitesse de la plaie, il y a rarement des morceaux de pantalon, d'équipement etc., entraînés dans les tissus. Ces balles sont donc moins dangereuses que les autres.

NOTE SUR UN CAS DE HERNIE DU GROS INTESTIN RENDUE IRRÉDUCTIBLE PAR L'HYPERTROPHIE DES FRANGES ÉPIPLOIQUES. — M. *Peyrot*. Homme portant une hernie inguinale gauche irréductible s'accompagnant de douleurs.

Opération en juin 1887. Longue incision. La hernie ne contenait que du gros intestin, portant de grosses franges épiploïques ; je dus débrider largement l'orifice pour le faire rentrer.

L'isolement du canal déférent fut assez difficile.

Les suites de l'opération ne furent pas très simples : il y eut de la suppuration. Néanmoins le malade a guéri. Je l'ai muni du bandage de Championnière : la cure me paraît devoir être radicale.

Je crois qu'on trouvera plus fréquemment qu'on ne croit des cas d'irréductibilité par hypertrophie des franges épiploïques. Je crois que j'ai eu à examiner un cas analogue, je ne l'ai pas diagnostiqué sur le moment, mais en y réfléchissant, je crois que j'ai eu affaire à un cas semblable.

M. *Bouilly*. J'ai opéré il y a quelques années, à l'Hôtel-Dieu, un homme qui avait une hernie scrotale irréductible, il était évident que cette hernie était graisseuse surtout. Je fis la cure radicale. Je trouvais une grosse masse d'épiploon que je réséquai, et au-dessous le gros intestin avait de volumineux appendices scléreux et adhérents. Je dus en réséquer une grande partie pour pouvoir réduire.

J'ai observé un cas du même genre avec M. Trélat.

M. *Championnière*. On observe les causes d'irréductibilité les plus différentes, l'hypertrophie des franges est une des causes d'irréductibilité que j'ai rencontrée depuis le plus longtemps.

Mais ces faits sont assez rares.

Dans un cas, j'ai trouvé une surcharge graisseuse du mésentère, j'ai enlevé la graisse, cependant je n'ai pas pu réduire, j'ai dû faire un débridement de 10 centimètres sur la paroi abdominale pour pouvoir rentrer cette masse.

M. *Schwartz*. J'ai observé un cas analogue à celui que M. Peyrot vient de publier, il y avait des franges épiploïques grosses comme des abricots. Je dus débrider pour faire la réduction.

J'ai trouvé un cas de M. Malassez, publié en 1872 à la Société anatomique, c'est, me paraît-il, le premier fait en date où cette cause d'irréductibilité a été signalée.

M. *Terrier*. — Dans plusieurs cas de cure radicale, j'ai trouvé des hypertrophies des franges.

Mais les difficultés tiennent surtout au mésentère; dans les cas où le mésentère est volumineux et doit-être réduit de volume, j'ai observé deux ou trois fistules stercorales qui m'ont paru être le résultat d'une ulcération consécutive à une eschare, celle-ci étant due à la lésion des vaisseaux du mésentère pendant l'opération.

M. *Pengrueber*. J'ai opéré un enfant de 4 ans qui avait une hypertrophie des franges et du mésentère telle que j'avais prononcé le nom de hernie épiploïque malgré l'âge de l'enfant.

M. *Nicaise*. J'ai rencontré la même particularité dans un cas de hernie ombilicale et de hernie crurale.

A propos de la pathogénie des ulcérations invoquée par M. Terrier, je dirai qu'il faut des lésions vasculaires assez étendues pour déterminer cette ulcération de l'intestin : je crois donc cette pathogénie très acceptable.

M. *Schwartz*. Il faut séparer de toutes les autres cette cause d'irréductibilité, tenant à l'hypertrophie des franges épiploïques.

M. *Peyrot*. Je n'ai cité mon observation qu'à cause de sa pureté même. La discussion montre que la cause d'irréductibilité que j'ai signalée n'est pas aussi rare qu'on le supposait.

INJECTION D'ÉTHER IODOFORMÉ DANS UN ABCÈS FROID. — ANESTHÉSIE PROLONGÉE AVEC SOMMEIL. — M. *Houzel* (de Boulogne) a fait une injection d'éther iodoformé dans un abcès froid de la cuisse, chez une jeune fille; après quelques douleurs, elle s'endormit et resta anasthésique avec perte de connaissance pondant deux heures.

M. *Quénu*. Il y a deux ans, j'ai fait une injection d'éther iodoformé dans un abcès (30 grammes au 1/10) sur une jeune fille; il n'y eut aucun incident.

L'année suivante, je refis la même injection, elle eut pendant huit jours un goût bizarre et des vomissements incoercibles.

M. *Peyrot*. Une jeune fille de 22 ans, après une injection de 20 grammes, a été prise d'un sommeil anesthésique qui a duré vingt minutes.

M. *Delorme* présente deux malades auxquels il a fait la résection du poignet.

P. BAZY.

NÉCROLOGIE

Le Dr Louis NADAUD, médecin des enfants assistés à Bourges, reçu en 1864. Le Dr Nadaud avait exercé très longtemps à Ruffec où il était très regretté.

M. Joseph Berthe, ancien médecin auxiliaire de la marine, mort de la rage à Marseille.

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Michaux et Chaput.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours de l'adjuvat.* — Ce concours vient de se terminer par les nominations suivantes : 1er M. Calot; 2e et 3e, *ex æquo*, MM. Dagron et Pfender; 4e M. Mordret; 5e M. Isch-Wall; 6e M. Arnould.

Facultés de médecine. — Par arrêté ministériel en date du 19 juin 1888, le nombre des places d'agrégé près les Facultés de médecine, mises au concours par l'arrêté du 13 juin, est porté de vingt-huit à vingt-neuf.

Cette vingt-neuvième place sera comprise dans la section des sciences physiques (physique) et sera réservée à la Faculté de médecine de Paris.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts, en date du 20 juin 1888, la chaire d'anatomie de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Exercice illégal de la médecine. — Le sieur Casau, le charlatan de la rue du Bac, qui guérit toutes les maladies incurables, vient d'être condamné à nouveau par la 16e chambre à 2,000 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine.

Le même jour, la 11e chambre a, pour le même fait, condamné le sieur Gotiau à trois mois de prison. Quelle différence !

Il est vrai que le premier, Casau, était en outre accusé d'homicide par imprudence et qu'il n'accepte pas moins de dix francs par consultation, tandis que le second, Gotiau, se contentait de quinze sous par visite. (*Courrier médical.*)

La médecine arabe en Algérie. — Le Dr Longo, dans un intéressant article publié dans la *Revue de l'Afrique française*, nous donne de curieux renseignements sur la médecine arabe, autrefois si vantée, et tombée complètement dans le charlatanisme. Actuellement, en laissant de côté les Arabes qui s'instruisent à nos écoles, il existe certains industriels qui, sous le nom de toubibs, mettent en avant, pour guérir leurs clients, les vieilles pratiques de la sorcellerie. Mais parmi ces toubibs, il en est qui jouissent auprès des populations d'une grande renommée; se promenant de tribu en tribu, ils vendent des drogues et pratiquent même les opérations les plus graves (trépanation, énucléation de l'œil). Il y a aussi les toubibs sédentaires dont la vogue est également considérable, même parmi les Européens; ils pratiquent surtout la chirurgie et, comme

le dit M. Longo, ils excellent à guérir les maladies qui doivent guérir seules.

Ignorants de l'anatomie, de la thérapeutique et de la pathologie, ils se livrent néanmoins à tout et avec la plus grande désinvolture. En somme, de cette médecine arabe jadis si florissante, il ne reste plus rien. M. Longo termine son travail par une curieuse anecdote : « Il existe aux environs d'Alger, près de Frais-Vallon, un toubib renommé ; des gens considérés comme intelligents vont le trouver fréquemment. Il y a quelques années, un général français ayant commandé devant l'ennemi en 1870, est allé le voir souvent pendant un séjour qu'il fit à Alger. Ce général ne fut pas guéri ; néanmoins, ce fut une réclame colossale pour le toubib, qui en profita pour augmenter le prix de ses consultations. » Ce fait malheureusement n'est pas commun qu'en Algérie, et Paris à lui seul compte probablement plus de toubibs sans diplôme que l'Algérie tout entière et que les gens réputés intelligents vont aussi consulter. (*Prog. médical.*)

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 17 *au* 23 *juin* 1888. — Fièvre typhoïde, 21. — Variole, 6. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 7. — Diphtérie, Croup, 18. — Phthisie pulmonaire, 159. — Autres tuberculoses, 34. — Tumeurs cancéreuses et autres, 61.

Méningite, 43. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 35. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 35.

Bronchite aiguë et chronique, 35. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 45. Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 55.

Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 25. — Suicides et autres morts violentes, 30. — Autres causes de mort, 157. — Causes inconnues, 8.

Nombre absolu de la semaine : 833. — Résultat de la semaine précédente : 890.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Hygiène de l'Estomac, par le Dr E. MONIN, secrétaire de la Société française d'hygiène, officier de l'Instruction publique, etc.

A notre époque de vie à outrance, l'estomac est souvent la première victime des infractions faites à l'hygiène : tout le monde souffre plus ou moins de troubles gastriques ou de digestions défectueuses. Aussi tout le monde saura-t-il gré à l'auteur populaire de *l'Hygiène de la beauté* d'avoir écrit ce charmant volume, véritable guide de « l'homme d'esprit » selon Brillat-Savarin, c'est à dire « celui qui sait manger ».

Le volume du Dr MONIN, précédé d'une délicieuse *Préface* de Théodore de Banville, est édité avec une rare élégance, par O. DOIN, 8, *place de l'Odéon*. Nous lui souhaitons le succès qu'il mérite, ou simplement la vogue de ses aînés.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

Trente-cinquième année. — Tome I. N° 78. Jeudi 5 Juillet 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 78 Jeudi 5 Juillet 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 4 Juillet 1888.

L'Académie avait été récemment consultée par le ministre de l'instruction publique, à l'effet de fixer la durée de l'isolement à imposer aux élèves des lycées ou des écoles atteints de maladies contagieuses. M. le Dr Jablonski (de Poitiers) demande qu'à la liste déjà formée l'Académie fasse ajouter la suette miliaire, contagieuse en temps d'épidémie, pour laquelle un isolement de quarante jours serait nécessaire, plus une maladie qui sévit actuellement dans plusieurs établissements scolaires de la ville de Poitiers, la roséole. Celle-ci est toujours très bénigne, mais comme elle est nettement contagieuse, M. Jablonski demande en pareil cas un isolement de vingt-cinq jours environ. Le même confrère appelle en même temps l'attention de l'Académie sur les mesures qu'il y aurait à prendre pour prévenir les dangers que peuvent faire courir aux élèves pensionnaires des lycées et collèges leurs camarades tuberculeux.

M. le Dr Kirmisson, dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage et même dans diverses affections de ce conduit, rétrécissement cicatriciel, brûlures, etc, préconise, au lieu du cathétérisme intermittent, toujours douloureux et mal supporté, le cathétérisme permanent fait au moyen d'une sonde conductrice. C'est une méthode dont l'initiative et le perfectionnement reviennent entièrement à des Français.

M. Dujardin-Beaumetz est revenu sur la saccharine pour confirmer ses premières conclusions. L'introduction de la saccharine dans les matières alimentaires peut être nuisible. Cette substance doit rester un médicament et non un aliment.

M. Bucquoy a présenté récemment à la Société médicale des hôpitaux l'observation d'une femme qu'il avait soignée d'un anévrysme de l'artère crural en introduisant dans la poche anévrysmale des ressorts de montre. M. Bucquoy a rappelé cette observation pour permettre à M. Verneuil de prendre la parole sur le même sujet. M. Verneuil a commencé en effet une longue communication dont

il n'a lu dans cette séance que la partie historique et qu'il terminera mardi prochain.

Dans le cours de cette séance, M. le professeur Morache (de Bordeaux) et M. le professeur Chédevergne (de Poitiers) ont été nommés correspondants de l'Académie (1re division). A. Ch.

Note sur deux cas de lymphangiome ganglionnaire (Adénolymphocèle)

Par M. Chipault.

Interne des hôpitaux (suite et fin) (1).

Les cas de lymphangiome ganglionnaire signalés dans notre climat, chez des individus ne l'ayant jamais quitté, sont infiniment plus rares. Dans cette catégorie rentrent : les observations allemandes qui constituent, sauf deux (Georggevie, Petters) des exceptions au type clinique habituel. En France, celles de M. Anger, de M. Ch. Nélaton et les deux miennes : Je dois même dire que, de tous ces faits, le seul qui réponde absolument et uniquement à l'allure de la maladie des glandes des pays chauds, est celui de mon observation I. Le second de mes malades a également vu son affection débuter par une double tumeur inguinale, mais la maladie a évolué ultérieurement de façon à prendre aujourd'hui un aspect tout différent.

Rappelons à ce propos que le siège classique de l'adénolymphocèle est le double siège inguinal, avec fréquemment prédominance de volume pour la tumeur gauche. A ce type répondent : les observations de Nélaton, Anger, Breschet, Trélat, Petit (2 observations), Mazaé Azéma (26 cas) et les deux miennes. Le siège inguinal peut être unilatéral, plus souvent unilatéral gauche (Desjardins. Homs, Nélaton 63, Nepveu 2 cas, Azéma 7 cas), quelquefois droit (Verneuil, Bousquet, Nepveu, Azéma 3 cas). Les cas d'adénolymphocèle observés en dehors de la région inguinale sont l'exception : aisselle (Lucke, Manson), cou (Bush, Reverdin), région sous-maxillaire (Wirchow), pli du coude (Keimer) ganglions mésentériques (Weichselbaum).

L'adénolymphocèle inguinal est fréquemment accompagné d'une lésion analogue des ganglions lombaires.

L'adénolymphocèle est rarement pur : il est accompagné de lésions des lymphatiques, plus ou moins éloignées au point de vue clinique, dont la fréquente coïncidence avec le lymphangiome gan-

(1) V. *France méd.*, nos 75 et 77.

glionnaire prouve le lien qui les unit et qui viennent compliquer le type. La dilatation des troncs lymphatiques, lombo-aortiques est presque la règle dans le lymphangiome inguinal (Azéma). Elle se reconnaît, non seulement à l'empâtement des fosses iliaques, mais à la douleur que le palper profond détermine à ce niveau. Le malade d'Amussat avait une dilatation énorme des lymphatiques cruraux iliaques et même du canal thoracique; celui de Trélat une dilatation des troncs lymphatiques jusqu'au diaphragme, avec dilatation des lymphatiques profonds de la cuisse. Le malade de M. Anger, en dehors de ses tumeurs du triangle de Scarpa et du cou avait des varices scrotales, inguinales, lombo-aortiques. Dans l'une de mes observations, je constate de l'empâtement des fosses iliaques ; dans l'autre, en même temps que de la douleur par pression de la fosse iliaque gauche, une dilatation manifeste des lymphatiques du membre inférieur gauche. La dilation du réseau sous-épidermique, caractérisée par des vésicules spéciales, est moins fréquemment notée (Desjardins, Petters et Klebs, Ch. Nélaton). Lorsqu'elle existe, elle peut devenir la cause d'une lymphorrhagie, qui, dans le cas de Georggevie, fut une indication pressante d'intervenir.

Dans le cas de Wirchow, il y avait coïncidence d'adénolymphocèle sous-maxillaire avec une macroglossie lymphangiomateuse. Indiquons encore la relation intime du lymphangiome ganglionnaire avec le lymphangiome caverneux ou cavernoso-cystique sous-dermique. Nous ne connaissons cependant pas de cas où les deux affections aient coïncidé. Cela peut s'expliquer par ce fait que le lymphangiome sous-dermique, à l'inverse du lymphangiome ganglionnaire, est à peu près exclusif aux pays froids, ce qui n'a pas lieu pour les varices des troncs ou des réseaux lymphatiques.

La chylurie est aussi fréquemment notée dans les pays chauds comme coïncidant avec les tumeurs lymphatiques (Pélissier, Azéma). Elle n'a jamais existé et n'existe pas chez mes malades.

L'adénolymphocèle peut coïncider simultanément avec plusieurs des affections que nous venons de citer. Il en résulte alors des cas encore plus complexes (dilatation lymphatique profonde et dilatation superficielle ; dilatation des troncs lymphatiques et chylurie, etc.).

Je n'ai pas trouvé chez mes malades les troubles de la digestion et les vertiges fréquemment signalés par les auteurs. Ils sont d'ailleurs loin d'être constants (Azéma).

Le malade de l'observation I a des sortes de crises douloureuses durant quelques heures ; mais ni l'un ni l'autre n'a éprouvé de véritables oscillations du volume des tumeurs en rapport avec des modifications de la nutrition. M. Anger a signalé ces oscillations chez son malade. A la Réunion, elles s'observent aux changements de saison,

toujours brusques dans ce pays, elles s'observent également chez les femmes, au moment des règles, de la grossesse.

Ces oscillations périodiques sont absolument distinctes de l'évolution que M. Anger a signalée chez l'un de ses malades : l'affection, qui avait débuté par la région sus-hyoïdienne, envahit ensuite les régions inguinales, le scrotum, pendant que la tumeur sus-hyoïdienne diminuait. Chez l'un de mes malades (Obs. II), l'affection a évolué et évolue encore sous mes yeux avec une grande rapidité ; ayant commencé, en effet, par une double tumeur inguinale, elle est descendue à la cuisse il n'y a pas plus de trois mois, et c'est une huitaine de jours après, au premier examen approfondi du malade, que j'ai vu apparaître le cordon lymphatique du mollet qui n'existait certainement pas auparavant.

De plus, chez ce malade, il semble se faire une véritable généralisation. Un des ganglions axillaires du côté gauche me paraît bien avoir le caractère des ganglions dilatés ; je noterai à ce propos la remarquable localisation des phénomènes au côté gauche du corps, qui semble se faire chez lui.

Au contraire, chez mon malade de l'observation I, la lésion, stationnaire depuis neuf ans, est de plus très bien localisée.

Il semble donc que l'avenir réservé à mes malades soit différent, sans qu'on puisse bien préciser la différence. La disparition spontanée ou du moins une diminution notable du volume des tumeurs peut-elle être espérée ? Elle s'observerait fréquemment à la Réunion, suivant Mazac Azéma ; le malade de M. Anger a vu d'autre part ses tumeurs augmenter jusqu'à sa mort, qui survint pendant la Commune. En tous cas, mes deux malades sont exposés à ces inflammations suraiguës signalées par tous les auteurs et que Mazac Azéma a divisées en inflammations circonscrites et généralisées ; les premières, localisées aux ganglions inguinaux, ne semblent pas s'étendre aux glandes lombaires, si l'on en juge par l'absence de ballonnement du ventre et par le peu de douleur que détermine la pression abdominale. Un véritable signe distinctif de cette forme circonscrite serait un cordon cylindrique allant de la cuisse au creux poplité et très douloureux (Mazaé Azéma, Nepveu). Avant la période de desquamation, une quantité de vésicules transparentes apparaissent à la cuisse et par rupture donnent issue à de la lymphe. La durée est de dix à douze jours ; la guérison est la règle.

Les formes graves, lymphangites intra-ganglionnaires généralisées, lymphites graves, infectieuses de Vinson, sont caractérisées par l'importance des phénomènes généraux qui revêtent une allure infectieuse et enlèvent le malade en trente-six, quarante-huit heures, ou bien plus rarement prennent l'aspect ataxo-adynamique et ne tuent

qu'en sept ou huit jours. La tumeur, dès le début de la crise, devient d'une sensibilité extrême, qui s'étend au ventre tendu et ballonné. La pâleur des téguments est remarquable au début (Anger). Bientôt survient (Mazaé Azéma) une véritable rougeur scarlatineuse reposant sur des tissus œdématiés. Cette rougeur disparaît par pression. Ce signe est constant, caractéristique, suivant Azéma. Sur un malade que nous vîmes avec le Dr Vinson, dit-il, la plaque rouge recouvrait les 2/3 supérieurs de la cuisse et toute la région hypogastrique. Chez un autre que nous avons soigné avec le Dr Charles Legras, la même rougeur s'étendait de la cuisse à l'abdomen. La maladie se complique souvent d'abcès métastatiques (Amussat).

La fièvre, qui, dans la forme circonscrite, est relativement modérée, atteint ici quarante degrés et plus.

La fréquence de ces inflammations soit circonscrites, soit généralisées, est très grande.

Leur cause est souvent des plus légères : une fatigue, une marche, une plaie chirurgicale ou non, portant soit sur la tumeur, soit sur les lymphatiques, se rendant aux ganglions dilatés, a été dans un certain nombre de cas le point de départ de l'inflammation fatale ; l'ablation d'une des tumeurs chez le malade de Nélaton, l'excision d'une fistule anale chez celui de Trélat. La fatigue, la marche, ou bien une simple contusion locale se retrouvent dans la plupart des cas observés par Azéma, Nepveu, Amussat.

Le diagnostic, dans nos deux cas, n'a pas présenté de difficulté particulière ; le cas chez l'un d'eux était typique ; chez l'autre les complications qui sont survenues pourraient plus facilement égarer ; il serait, en particulier, possible au premier abord de confondre la tumeur inguinale avec une hernie ; je n'insisterai pas sur ce point du diagnostic, traité très complètement par Mazaé Azéma.

D'après les observations de lymphangiome sous-dermique que j'ai lues, il me semble que cette tumeur présente dans nombre de cas avec le lymphangiome intra-ganglionnaire une parenté clinique qui n'a pas été, je crois, signalée. L'existence probablement exclusive du lymphangiome sous-dermique dans les pays froids ; son siège, plus variable et différent de celui de l'adénolymphocèle ; sa forme moins régulière, sa moindre limitation ; l'absence de sensation de cordons enroulés ; l'absence d'oscillations dans le volume des tumeurs ; le manque chez elles des inflammations notées pour les adénolymphocèles me semblent pouvoir permettre le diagnostic dans la plupart des cas. Il est de plus un certain nombre de lymphangiomes sous-dermiques qui sont congénitaux ; il en est enfin quelques autres qui, composés de petits kystes ne sont pas du tout réductibles ; dans ces deux circonstances, le diagnostic sera très facilité.

Le traitement des adénolymphocèles est jusqu'à aujourd'hui des plus restreints. Le séjour dans nos climats a été conseillé par la plupart des auteurs (Pélissier, Azéma, Vinson), comme le meilleur traitement des tumeurs. MM. Péan, Anger sont d'un avis contraire. L'existence dans notre climat de tumeurs lymphatiques chez des sujets ne l'ayant jamais quitté vient à l'appui de leur opinion. Le malade de Bousquet a vu sa tumeur augmenter depuis qu'il est en France. Le séjour dans un climat tempéré ne met même pas à l'abri de ces inflammations si graves dont nous avons parlé; témoin le malade d'Amussat. Je dois dire cependant qu'elles n'ont été observées chez aucun des quatre sujets n'ayant jamais quitté nos pays (Anger, Ch. Nélaton et les deux miens).

Un traitement interne a-t-il quelque chance de succès? Je ne le crois pas, et en tout cas, je ne vois pas celui qu'il faudrait faire suivre à mes malades.

La compression n'a donné jusqu'à présent que de mauvais résultats. Elle a été, dans les cas où on l'a employée, plutôt nuisible qu'utile (Trélat, Amussat, Petit).

Enfin, l'intervention radicale a été tentée ; elle est particulièrement grave, à cause de la facilité de l'inflammation. Nélaton la proscrivait absolument; dans une discussion sur ce sujet, à la Société de chirurgie, tous les chirurgiens qui y prirent part furent du même avis; Mazaé Azéma considère les adénolymphocèles comme de véritables *noli me tangere*. Plus récemment, Péan rappelle combien redoutable est l'opération et il insiste sur la différence qui existe à ce point de vue entre le lymphangiome intra-ganglionnaire et le lymphangiome sous-dermique. Cette différence est due sans doute à la facilité avec laquelle les ganglions dilatés laissent pénétrer les produits septiques dans la circulation. Il existe dans la science deux cas de succès : celui de Billroth, où ce chirurgien fut amené à intervenir par la lymphorrhagie grave qui existait, et celui de Charles Nélaton. Dans certains cas, en particulier chez le malade de mon observation II, une autre contre-indication, et très importante aussi, pourrait résulter de l'étendue des lésions et de leur généralisation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 *juillet* 1888. — *Présidence de* M. Hérard.

La correspondance comprend : 1° une lettre du président de la Société centrale d'agriculture de l'Hérault qui demande que l'Académie fasse procéder sous sa direction à de nouvelles expériences

cliniques pour constater scientifiquement l'action des vins plâtrés sur l'économie; 2° une lettre de M. le Dr Fournac, de Marseille, donnant le résultat des vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées pendant l'année 1887 ; 3° un rapport sur les épidémies dans l'arrondissement de Valenciennes en 1887, par le D. A. Manouvriez, correspondant de l'Académie ; 4° un travail manuscrit intitulé : *Origine d'une épidémie de croup* par le Dr Coiffier (du Puy); 5° la relation d'une épidémie de variole, par le Dr Favelier, de Luzy (Nièvre) ; 6° Une étude sur les maladies épidémiques dans la commune de Puteaux de 1875 à 1888, par le Dr F. Lédé, médecin inspecteur des enfants du premier âge ; 7° le manuscrit du guide des pesages pendant les huit premières années à l'usage des médecins inspecteurs des enfants du premier âge, par le Dr Sutils de la Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne) ; 8° un travail intitulé : *La paralysie infantile est de nature rhumatismale* (envoyé pour le concours du prix Barbier).

De la suette miliaire. — M. *Jablonski* (de Poitiers) signale l'omission de la roséole et de la suette miliaire parmi les maladies contagieuses mentionnées dans les instructions ministérielles relatives aux lycées, aux collèges et aux écoles. La suette miliaire, dit-il, doit être en temps d'épidémie considérée comme contagieuse, il serait indispensable, vu la durée indéterminée de l'affection, d'isoler les malades pendant quarante jours au moins.

La roséole, qui règne en ce moment à l'état épidémique dans plusieurs établissements scolaires de la ville de Poitiers, est une maladie absolument bénigne, toujours exempte de complications, mais essentiellement contagieuse. Il faudrait fixer à environ trois semaines la durée de l'isolement nécessaire pour rendre absolument inoffensifs les sujets contaminés. M. Jablonski demande également que l'Académie pense au danger que les élèves tuberculeux des lycées peuvent offrir pour leurs camarades. (Comm. : MM. Bucquoy, Villemin, Ollivier.)

Du cathétérisme a demeure dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage. — M. *E. Kirmisson* entre dans de nombreux détails d'instrumentation nécessaires pour faire comprendre sa méthode. Comme indications, il pense que ce n'est pas seulement dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage que cette méthode doit être employée, mais aussi dans le traitement des rétrécissements cicatriciels. Tels sont en effet les difficultés et les dangers du cathétérisme œsophagien intermittent, qu'il est préférable de lui substituer un moyen beaucoup plus simple et présentant infiniment moins de dangers. De plus, le cathétérisme à demeure dans les rétrécissements simples de l'œsophage aura les mêmes avantages que dans la cure des rétrécissements de l'urèthre. En

ramollissant et rendant plus souples les parois du rétrécissement, il rendra en même temps plus facile et plus prompte la dilatation. Enfin, il n'est pas jusqu'aux brûlures de l'œsophage qui ne pourraient être utilement traitées d'emblée par l'emploi de la sonde à demeure. On pourrait de même employer cette forme de cathétérisme dans les opérations pratiquées sur la cavité buccale, le pharynx et les fosses nasales comme moyen adjuvant assurant l'alimentation des malades et favorable à l'antisepsie.

Cette méthode est essentiellement française, puisque l'initiative en revient à Boyer, elle a été restaurée par Krishaber, enfin MM. Verneuil et Collin en ont rendu l'instrumentation d'une application facile et sûre (Comm. : MM. Péan, Labbé, Guyon.)

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux (1re division).

Pour la première place, sur 60 votants, majorité 31, M. Moreche (de Bordeaux) est élu par 43 voix contre 13 données à M. Chédevergne, 2 à M. Fabre et 1 à M. Niepce.

Pour la seconde place, sur 64 votants, majorité 33, M. Chédevergne (de Poitiers) est élu par 58 voix contre 5 données à M. Fabre et 1 à M. Bottentuit.

De la saccharine. — M. *Dujardin-Beaumetz* lit les conclusions du rapport qu'il a présenté sur ce sujet au Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine ; ces conclusions sont ainsi formulées :

En présence de ces observations (c'est-à-dire des troubles digestifs que peut provoquer la saccharine) et en se basant sur ce fait que la saccharine n'est pas un aliment puisque, éliminée en nature, elle ne subit dans l'économie aucune modification, la Commission est unanime pour considérer la saccharine comme un médicament et non un aliment.

De plus, convaincu que la saccharine ne servirait qu'à augmenter les falsifications déjà si nombreuses des denrées alimentaires, falsifications que l'administration poursuit à juste titre et avec tant de succès, la Commission est d'avis que l'on doit repousser la saccharine de l'alimentation générale comme pouvant avoir des dangers pour la santé publique.

M. *Worms* a vu ces jours derniers, à Londres, M. Pavy qui voit un grand nombre de diabétiques et qui lui a confirmé ce fait que les diabétiques supportent assez facilement la privation de sucre et que, d'autre part, la saccharine n'est pas sans danger à cause de l'action qu'elle exerce sur la muqueuse de l'estomac.

Du traitement des anévrysmes par l'introduction dans le sac de corps étrangers. — M. *Bucquoy* a traité une malade atteinte

d'anévrysme de l'artère crurale en introduisant dans la poche anévrysmale des ressorts de montre. Cette observation a été communiquée à la Société médicale des hôpitaux, mais c'est sur la demande de M. Verneuil que M. Bucquoy apporte cette question à la tribune de l'Académie. Cette méthode a déjà été employée par Moore et par Baccelli, le premier se bornant à introduire dans le sac un fil métallique, le second y plaçant un ressort de montre.

La malade dont il s'agit était âgée de 33 ans et portait à l'aine une tumeur pulsatile qu'il était facile de reconnaître comme un anévrysme de l'artère crurale. Cette malade était accouchée le 19 février. Le dix-septième jour après son accouchement, alors qu'elle paraissait très bien rétablie, elle éprouva des phénomènes douloureux du côté du membre inférieur gauche.

Ce début en dehors de tout traumatisme et en dehors de toutes les causes habituelles était de nature à surprendre, mais cette malade avait à la base du cœur les signes les plus manifestes d'un rétrécissement avec insuffisance aortique ; il s'était donc développé sans doute, chez cette femme, d'une manière latente une endocardite puerpérale sous l'influence de laquelle s'était produit cet anévrysme. La tumeur prit bientôt un développement énorme ; M. Bucquoy montra la malade à M. Tillaux. Ce chirurgien, en présence de l'état général de la malade fut d'avis de s'abstenir de toute intervention chirurgicale proprement dite. Ne voulant cependant pas laisser la malade en cet état, M. Bucquoy chercha, par l'électro-puncture, à coaguler le sang dans la poche. L'opération fut très mal supportée ; les douleurs furent extrêmement vives, et de plus, on ne put atteindre un chiffre de milliampères suffisant pour obtenir un résultat quelconque.

M. Bucquoy chercha alors à employer le procédé de Moore qui consiste à introduire un fil métallique dans la poche rhumatismale, mais il échoua complètement ne pouvant introduire le fil dans la poche comme il le désirait.

Le 19 juin, M. Bucquoy tenta l'introduction d'un ressort de montre après avoir endormi la malade. L'introduction fut assez facile ; environ 6 centimètres furent introduits dans la poche.

Le résultat fut des plus satisfaisants. Dès le jour même les battements de la tumeur disparurent. Divers auteurs ont ainsi introduit dans les tumeurs anévrysmales des longueurs considérables de ressorts de montre. Cette malade alla mieux d'abord, l'anévrysme conserva ses mêmes signes mais ne subit plus aucun développement. La femme succomba huit mois après cette opération, non à cause de son anévrysme, mais à cause des nombreuses embolies causées par son endocardite comme l'était lui-même son anévrysme.

A l'autopsie M. Bucquoy fut très surpris de trouver dans la poche.

anévrysmale les deux ressorts introduits dont l'un même avait été fragmenté. Ces fragments de ressorts, qui étaient restés huit mois dans le sac, étaient oxydés et recouverts de fibrine, mais il n'y avait aucune trace de lésion de voisinage, aucune altération de la paroi.

Comment un ressort s'est-il brisé dans la poche? Toutes ces observations s'accordent à montrer que, dans tous les cas où on a introduit des morceaux de ressorts de montre dans les poches anévrysmales, ces ressorts ont été fragmentés.

M. *Verneuil* veut critiquer cette méthode malgré les noms des médecins éminents qui l'ont préconisée. La méthode doit porter le nom de Moore, car c'est lui qui a réellement proposé le principe, l'introduction d'un corps étranger dans une poche anévrysmale, quelle que soit la forme de ce corps étranger M. Verneuil fait l'historique de la question et réserve la suite de sa communication pour la prochaine séance.

La séance est levée à 5 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 9 au 14 juillet 1888.

Lundi 9. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Gautier, Lutz, Blanchard. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gariel, Bourgoin, Pouchet. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Baillon, Bouchardat, Hanriot. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gautier, Bourgoin, Blanchard. — 1er examen, doctorat (3e série) : MM. Gariel, Lutz, Villejean. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Straus, Rémy, Segond. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, A. Robin. — 5e examen, doctorat (1re partie), Pitié (1re série) : MM. Guyon, Ribemont-Dessaignes, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Pitié (2e série) : MM. Delens, Pinard, Reclus. — 5e examen, doctorat (2e partie), Pitié : MM. Hayem, Fournier, Brissaud.

Mardi 10. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Baillon, Lutz, Pouchet. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gautier, Bouchardat, Blanchard. — 1er examen, doctorat : MM. Gariel, Lutz, Blanchard. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Lannelongue, Poirier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Duplay, Bouilly, Schwartz. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Laboulbène, Brun, Charpentier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Jaccoud, Peter, Ballet. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Richet, Peyrot, Campenon. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu

(1re série) : MM. Bouchard, Fernet, Hanot. — 2e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Cornil, Bal, Hutinel.

Mercredi 11. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Baillon, Bouchardat, Lutz. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Bourgoin, Pouchet, Villejean. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Regnauld, Bouchardat, Blanchard. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gariel, Bourgoin, Villejean. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Hayem, Ch. Richet, A. Robin. — 2e examen, officiat (définitif) : MM. Damaschino, Landouzy, Reynier. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Delens, Jalaguier, Rémy. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Guyon, Marc Sée, Pinard.

Jeudi 12. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Gautier, Lutz, Villejean. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Bourgoin, Hanriot, Pouchet. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Panas, Quenu, Brun. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Bouchard, Peyrot, Poirier. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Laboulbène, Mathias-Duval, Bouilly. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Richet, Lannelongue, Charpentier. — 4e examen, doctorat : MM. Peter, Quinquaud, Ballet.

Vendredi 13. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Gariel, Lutz, Pouchet. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gautier, Bourgoin, Villejean. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Bourgoin, Hanriot, Villejean. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Fournier, Jalaguier, Raymond. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Trélat, Pinard, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (1re série) : MM. Hayem, Straus, Brissaud. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (2 série) : MM. Delens, Ribemont-Dessaignes, Reclus.

(A suivre).

NÉCROLOGIE

M. Dautigny (G.), interne des hôpitaux, à l'hôpital Tenon.

M. le Dr Guilhembet, de Bordeaux, mort à l'âge de 41 ans.

M. le Dr Magnin, de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), reçu e 1831.

M. Javillard (Ch. I..), externe des hôpitaux, à l'hôpital Bichat, décédé le 19 juin à Arcachon, à l'âge de 24 ans.

NOUVELLES

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret, en date du 21 juin 1888, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

4e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Sauvé, Guérin, Drumez, Guillemin, Dromain, Péan, Fèvre, Ragot, Bruslé, Gabalda et Godard.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Delpeyron.

5e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Henry, Dubain, Huette, de Gislain, Chaignot et Menu.

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Deligny et Marchal.

9e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Bricard et Bontemps.

— Par décret, en date du 22 juin 1888, ont été promus dans le corps de santé militaire, et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Challan.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Dufour.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Mestrude.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Clément Hugard, Marchand, Lejeune, Berthoud.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret, en date du 23 juin 1888, a été promu dans le corps de santé de la marine :

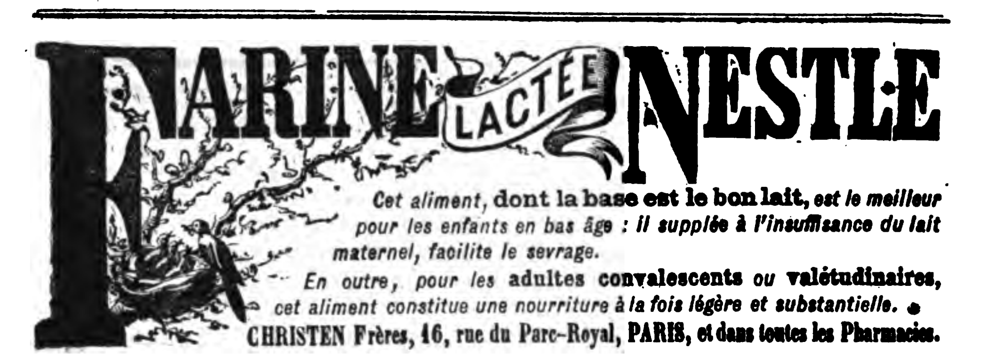
Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Guerchet, aide-médecin, docteur en médecine.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Par décret du 16 juin 1888, il est créé une chaire de clinique ophthalmologique à l'École de médecine de Nantes ; M. le Dr Dianoux, professeur suppléant, est nommé professeur à ladite chaire.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE. — M. le Dr du Mesnil, médecin de l'asile nationale de Vincennes, est nommé secrétaire du comité consultatif d'hygiène publique de France, en remplacement de M. le Dr Vallin, démissionnaire.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.


FARINE LACTÉE NESTLÉ
Cet aliment, dont la base est le bon lait, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.
En outre, pour les adultes convalescents ou valétudinaires, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.
CHRISTEN Frères, 16, rue du Parc-Royal, PARIS, et dans toutes les Pharmacies.


Décret d'intérêt public. Approbation de l'Académie de Médecine
ROYAT
EAU MINÉRALE NATURELLE
St-MART lithinée, Goutte, Rhumatisme, Gravelle, Eczéma.
St-VICTOR ferro-arsenicale, Anémie, Chlorose-Diabète, Affections des voies respiratoires de nature arthritique.
CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.
MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES

Trente-cinquième année. — Tome I. N° 79. Samedi 7 Juillet 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissent le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET, Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de médecine.
MICHEL PETER, Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.
DAMASCHINO, Professeur de pathologie médicale, Médecin des hôpitaux.
P. BERGER, Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.
E. BOTTENTUIT, Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.
F. LABADIE-LAGRAVE, Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome 1. N° 79 Samedi 7 Juillet 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

REVUE CRITIQUE

—

Les névrites périphériques.

Il est un groupe d'affections comprises sous le nom de névrites périphériques que sont venues grossir des observations anatomo-pathologiques et les expériences physiologiques ; considérées, il y a quelques années encore, comme rares, et limitées dans leur étiologie à un nombre restreint de causes telles que les maladies infectieuses, le traumatisme, les intoxications, les névrites ont été dans ces derniers temps l'objet de recherches importantes qui ont inspiré la conviction que ce genre d'affections est plus commun qu'on ne l'avait cru jusqu'à présent. Ce n'est pas à dire qu'on n'eût déjà observé les symptômes par lesquels elles se manifestent, mais ceux-ci, avant les recherches anatomiques multipliées, étaient souvent rattachés à une altération organique ou dynamique de la moelle. Les nerfs peuvent donc être altérés dans leur structure pour leur propre compte, et l'on peut constater l'existence de paralysies et de troubles nutritifs exclusivement dus à des lésions nerveuses périphériques et sans que la moelle ne soit ou du moins ne paraisse aucunement intéressée. Il faut dire cependant que cette individualité pathologique des nerfs n'est pas admise sans restriction par tout le monde. Erb notamment admet toujours la participation de la moelle à la production des lésions, avec cette différence que, dans les cas où elle paraît saine par les moyens dont dispose l'investigation histologique, la lésion médullaire est purement fonctionnelle ou dynamique. De même, il y a peu de temps, M. Landouzy admettait dans les paralysies des maladies infectieuses une lésion minime ou seulement fonctionnelle du myélaxe ; c'était l'intermédiaire obligé par lequel on s'expliquait les troubles nutritifs des nerfs périphériques et de leurs racines.

On a renoncé à cette hypothèse, lorsque les observations de ce genre de paralysies sans lésion médullaire se sont multipliées. Telles

du membre supérieur quand elles dépendent de l'intoxication saturnine se font remarquer par l'intégrité du long supinateur dont la contractilité se perd dans l'intoxication alcoolique. Les réflexes sont très souvent diminués ou abolis. Les troubles trophiques sont très communs et consistent dans l'atrophie du muscle, de l'œdème, les sueurs anormales, l'atrophie cutanée de la région innervée, la chute des ongles, des plaques de gangrène, des éruptions diverses. La réaction électrique de dégénérescence est de règle dans la paralysie saturnine et alcoolique. Enfin, lorsque la paralysie a duré un certain temps, on peut observer des attitudes vicieuses ou de la difficulté à imprimer des mouvements aux articulations, mais il s'agit là de fausses contractures qui tiennent à des adhérences établies au niveau des tendons et des gaines tendineuses.

Les nerfs viscéraux ne sont pas toujours indemnes; les lésions du pneumogastrique entraînent l'augmentation du nombre des battements du cœur (tachycardie) que l'on a observée dans la paralysie ascendante aiguë alcoolique ; mais les opinions sont encore partagées sur la nature et la pathogénie de cette maladie.

Leyden au point de vue des formes, divise les névrites multiples en deux groupes selon que les nerfs moteurs ou les nerfs sensibles sont plus particulièrement atteints. En général, ce sont surtout les nerfs moteurs qui sont lésés et les altérations donnent lieu à la paralysie et à l'atrophie musculaires. Lorsque les nerfs sensibles sont atteints de névrite chronique, atrophique, les troubles moteurs se traduisent surtout par l'ataxie (pseudotabes, nervotabes périphériques).

Au point de vue du diagnostic, il n'est pas toujours facile de reconnaître l'origine périphérique de certains troubles nerveux sensibles et musculaires. On peut confondre avec les névrites périphériques des affections nerveuses qui offrent des éléments symptomatiques communs, parmi lesquels nous citerons les diverses formes de polyomyélite antérieure aiguë ou subaiguë, de l'atrophie musculaire progressive, l'ataxie locomotrice.

L'étude comparative de ces maladies avec les névrites montre qu'il existe seulement des caractères de probabilité. On croira volontiers à l'existence d'une névrite, lorsque les conditions étiologiques (intoxication, convalescence des maladies infectieuses) ont existé antérieurement, lorsque les réflexes sont abolis, que la réaction de dégénérescence et l'atrophie musculaire surviennent rapidement, que les nerfs sont douloureux sur leur trajet, qu'il existe enfin des troubles de la sensibilité.

Au contraire la présence de douleurs en ceinture, de troubles génito-urinaires, d'eschares précoces, d'une atrophie musculaire

indolente, de lésions papillaires (atrophie grise), de troubles viscéraux et de troubles pupillaires (signe d'Argyll-Robertson) sont autant de signes qui témoignent de l'existence probable d'une affection médullaire.

Mais il s'agit seulement de probabilité et, dans une étude récente, A. Schwartz (de Buda-Pesth) reconnaît qu'on ne peut trouver dans la marche et l'évolution de la paralysie, dans le groupement fonctionnel des muscles paralysés, aucun signe certain de diagnostic. Même incertitude du côté des troubles de la sensibilité. Roth et Broadbent parlent de névrites graves qui peuvent parcourir leur évolution et aboutir à l'issue fatale sans troubles notables de la sensibilité. Schwartz a observé un cas de polyomyélite dans lequel les douleurs persistèrent vives jusqu'à la mort; les douleurs dans cette forme de myélite exclusivement limitée aux régions motrices ne se font pas seulement sentir dans la région dorsale, mais encore sur le trajet des nerfs des membres. Ces douleurs peuvent tenir à une hypérémie d'autres régions de la moelle ou à une névrite descendante. Dans un cas Schwartz a contrôlé le diagnostic de névrite multiple par l'autopsie : il attribue une grande valeur aux anesthésies. D'un autre côté, Kast considère comme appartenant à la névrite la réaction électrique de dégénérescence qui est irrégulièrement distribuée aux muscles qui dépendent d'un même nerf.

En résumé, si les névrites périphériques occupent une place incontestable et importante dans la pathologie nerveuse, il reste à déterminer la nature de beaucoup d'entre elles, à fixer leur pathogénie et à compléter leur séméiologie afin d'en rendre leur diagnostic chez le malade moins incertain ; pour se faire, leur histoire demande encore le concours de l'anatomie pathologique.

L. Jumon.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Sur l'emploi de la créoline. — (*Max Kortum. Pester med. chir. Presse*, n° 22, 1888) — Les solutions de créoline possèdent une apparence laiteuse qui, par le repos, passe à la couleur café au lait ; on doit, pendant l'hiver, les conserver à l'abri des gelées. A la longue, il se précipite des parties résineuses et d'autres corps, qui sont des combinaisons de naphthaline. Mais ces modifications d'aspect du liquide n'ont aucune influence sur son action. Cependant l'auteur recommande les solutions fraîchement préparées. En chirurgie, on se sert de solutions au cinquantième et au deux centième. La première sert à la désinfection des instruments et des mains de l'opérateur et

de la région à opérer. La seconde sert dans le pansement proprement dit. Les solutions de créoline arrêtent très rapidement les hémorrhagies capillaires, ce qui est facile à contrôler par suite de l'apparence du liquide laiteux. Les fortes solutions sont seules un peu caustiques, en ce sens que leur application provoque une légère sensation de brûlure qui disparaît en quelques minutes.

L'auteur a eu l'occasion d'appliquer un tampon imbibé de la solution au cinquantième dans une caverne pulmonaire qui communiquait avec la cavité pleurale et qui avait été ouverte dans l'opération de l'empyème. Une hémorrhagie abondante qui eut lieu quelques jours après l'opération avait été arrêtée par l'application du tampon, sans autre incommodité pour le patient que le goût de la créoline pendant l'expectoration. Les malades qui ont des brûlures étendues, ceux qui ont de larges eschares au sacrum peuvent avec avantage prendre des bains additionnés de créoline à 5 p. 1000.

Pour la pratique des accouchements, l'auteur se sert de la solution au cinquantième pour les lavages vaginaux et utérins. Il se loue particulièrement de son emploi dans le cas de déchirure du périnée ; enfin il a obtenu un succès inespéré dans un cas d'inertie utérine en tamponnant la cavité de l'utérus. Les tampons peuvent rester assez longtemps appliqués dans le vagin sans qu'il se développe d'odeur désagréable.

Dans les ulcères superficiels, on peut se servir d'une pommade à la créoline à 1 ou 2 p. 100, ou d'une poudre faite d'un mélange de créoline et d'acide borique (2 p. de créoline, 100 d'acide borique).

La créoline est encore un excellent antiparasitaire et se recommande sous forme d'onctions (créoline 5, huile de lin 100) dans la gale : trois ou quatre frictions en trente-six heures, suivies d'un bain avec nettoyage au savon noir, donnent les meilleurs résultats. Pour les patients qui ne peuvent séjourner à l'hôpital, l'auteur recommande des frictions huileuses au 10°.

Dans la blennorrhagie, on peut obtenir quelques bons résultats du lavage des surfaces avec des solutions de 1 à 5 p. 1000. Mais ces résultats sont surtout excellents dans la vaginite blennorrhagique, ce qui se conçoit, parce qu'il est plus facile d'atteindre la muqueuse vaginale par les solutions désinfectantes.

Kortum et Jefsner (de Stolp) ont encore employé la créoline en solution de 1 à 5 p. 1000 pour faire des lavages de la vessie dans le cas de cystite, avec grand avantage, car l'action hémostatique est jointe à l'action antiseptique. On pourrait encore avoir recours à l'usage interne sous forme de pilules de 0,10 à 0,30, trois ou quatre fois par jour.

Dans la diphthérie, Kortum emploie la créoline en solution à 1 ou

2 p. 100, pour gargarismes, et, comme cette substance à cette dilution n'est pas toxique, il la recommande surtout dans la thérapeutique infantile.

L. JUMON.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 *juin* 1888. — Présidence de M. SIREDEY.

LE TALC DANS LES DIARRHÉES CHRONIQUES. — *M. Sevestre* a obtenu de bons résultats en administrant 20 à 30 grammes par jour de talc à de jeunes enfants ; la diarrhée a été arrêtée en cinq à six jours ; les selles sont devenues et restées jaunes.

M. Féréol a eu quelques succès chez des phthisiques avancés, mais il constate que cette bouillie épaisse est souvent difficile à faire prendre ; d'ailleurs ces résultats sont de beaucoup dépassés par ceux obtenus avec les lavements de nitrate d'argent.

M. Juhel-Rénoy insiste sur le magma que le talc forme avec le lait et préfère le tannin à la dose de deux grammes par jour.

EPISTAXIS INCOERCIBLES, PREMIER SIGNE DE NÉPHRITE INTERSTITIELLE. — *M. Gaucher* vient d'observer un alcoolique de 38 ans qui présentait des épistaxis incoercibles, dont on n'était devenu maître que par le tamponnement ; les urines contenaient une petite quantité d'albumine. Considérant ce malade comme atteint de néphrite, M. Gaucher le mit au régime lacté, avec une potion de quinquina et de ratanhia : les épistaxis cessèrent rapidement. M. Gaucher insiste sur la nécessité de l'examen des urines dans les cas d'épistaxis sans cause appréciable, ce symptôme pouvant être la première et la seule manifestation d'une néphrite.

M. Huchard signale un fait analogue, mais qui s'est terminé par la mort avec urémie respiratoire.

GOUTTE CHEZ UN ENFANT DE QUINZE ANS. — *M. Gaucher* a observé un enfant de quinze ans, sans antécédents goutteux ni arthritiques et qui se plaignait depuis quinze jours d'une douleur avec rougeur luisante et gonflement au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche ; ces phénomènes avaient débuté brusquement au réveil. Il s'agissait évidemment d'une attaque de goutte à son déclin et qui céda en trois jours à l'application de cataplasmes et au salicylate de soude.

VERGETURES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — *M. Troisier* présente un morceau de peau de la cuisse d'un homme mort de cancer d'estomac et qui avait eu autrefois la fièvre typhoïde. M. Troisier pense, comme M. Bouchard, que ces vergetures sont dues à la croissance

exagérée fréquente dans la convalescence ; il rappelle qu'il a démontré avec M. Manouvrier qu'il y a, au niveau des vergetures, un déplacement vers les parties voisines des fibres élastiques qui manquent à ce niveau.

M. Bucquoy a observé deux jeunes gens chez lesquels, notamment pour une jeune fille de 18 ans, les vergetures violacées et acumineuses récentes siégeaient aux seins et près de la crête iliaque. M. Bucquoy n'admet pas, du moins dans ce cas, l'explication par la croissance exagérée et croit à un trouble trophique.

M. Barié a observé, comme M. Bucquoy, un convalescent de fièvre typhoïde avec vergetures sur la crête iliaque. D'autre part, un fait où il a vu des vergetures succéder à un zona intercostal lui fait penser que l'influence nerveuse n'est pas toujours étrangère à leur production.

M. Troisier refuse absolument d'admettre la théorie des troubles trophiques aussi bien pour les vergetures de la fièvre typhoïde que pour celles de la phthisie.

M. Bucquoy croit qu'elles ne résultent pas seulement d'un fait mécanique et qu'il faut que la croissance coïncide avec l'amaigrissement et des troubles profonds de la nutrition de la peau.

M. Féréol résume heureusement la discussion en proposant l'expression de trouble nutritif au lieu de trouble trophique.

SAPELIER.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ PRATIQUE ET CLINIQUE D'HYDROTHÉRAPIE, par *E. Duval*, Paris, chez l'auteur et librairie J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19, 1888.

Dans la préface composée en tête de cet ouvrage, M. le professeur Peter nous avertis que le traité d'hydrothérapie de E. Duval est bien un traité pratique et clinique : c'est en effet son caractère essentiel. Sans vouloir rechercher le pourquoi et le comment de l'influence de l'hydrothéraphie dans telle ou telle maladie, l'auteur nous raconte simplement ce qu'il a observé, les guérisons obtenues à l'aide de cette médication.

L'ouvrage est divisé en quatre chapitres : le premier traite de l'historique de l'hydrothérapie. Après avoir indiqué ce que fut cette médication dans l'antiquité, M. Duval arrive à son vrai fondateur, Priessnitz, et, d'après les documents fournis par Schedel, lui rend entièrement justice de son intelligente initiative.

Le chapitre deuxième traite des agents de l'hydrothérapie, douches, bains froids, des moyens auxiliaires de l'hydrothérapie, tels

que la chaleur, la sudation, l'exercice, etc., et enfin des questions annexes du traitement hydrothérapique, telles que la saison, la durée, l'hydrothérapie dans des établissements appropriés ou à domicile. Toutes ces questions sont parfaitement exposées par l'auteur et mérite toute approbation.

Dans ce chapitre cependant et spécialement dans celui-là, il est un reproche que j'adresserai à l'auteur, c'est celui de s'être abandonné à une certaine sévérité de langage en citant des écrits de quelques confrères en hydrothérapie dont il ne partage pas les idées.

Dans le troisième chapitre, M. Duval passe en revue les diverses maladies dans lesquelles l'hydrothérapie agit avec une réelle efficacité. Chose excellente au point de vue pratique, l'auteur ne se contente pas de nous dire quel est le genre de douche que l'on doit appliquer dans telle ou telle maladie, il nous donne en outre quelques observations à l'appui de ce qu'il avance, et cela dans presque toutes les affections. Dans ses trente années de pratique, notre confrère a certainement observé toutes sortes de maladies justiciables de l'hydrothérapie, aussi voyons-nous dans ce chapitre le résultat et le fruit de ses nombreuses observations.

Le quatrième et dernier chapitre met en question la doctrine hydrothérapique, c'est-à-dire les conditions physiologiques amenées par l'usage de cette médication. Notre confrère ne se prononce pas à ce sujet et émet l'avis que, du moins jusqu'à plus ample informé, il n'y a pas, à proprement dire, de doctrine hydrothérapique : tel est, également, l'avis de notre distingué confrère, le Dr Beni-Barde. Toutefois, nous devons accepter comme vraies, les paroles écrites par Fleury en 1848.

« L'hydrothérapie agit principalement sur la circulation capillaire et elle ne peut agir sur celle-ci que par l'intermédiaire du système nerveux, lequel, par action directe ou réflexe sur la contractilité des parois vasculaires, produit la contraction et le relâchement des vaisseaux.

« L'hydrothérapie, en rétablissant l'équilibre, l'harmonie dans les phénomènes de la circulation capillaire et de l'innervation, dans les mouvements fonctionnels, en modifiant le sang, a une action favorables sur les maladies. »

C'est à cette doctrine-là également que se range M. Dujardin-Beaumetz en parlant de l'action de l'hydrothérapie.

Ce traité est, en outre, fort bien écrit, très clair et d'une lecture extrêmement intéressante : il a, par conséquent sa place marquée dans toute bibliothèque médicale. Dr Descamps.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 9 au 14 juillet 1888.

Thèses pour le doctorat. — *Mercredi* 11, à 1 heure. — M. PATRON : Contribution à l'étude de la récidive des sarcomes des membres. *Président* : M. Trélat. — M. SEIGNEUR : La dentition pendant les deux premières années. *Président* : M. Lannelongue. — M. BOULLAND : Du zona bilatéral compliqué d'herpès généralisé. *Président* : M. Potain. — M. MERCIER : De la colite chronique. *Président* : M. Potain. — M. MARTY : Lupus du larynx : *Président* : M. Fournier.

Vendredi 12, à 1 heure. — M. YOVANOVITCH : Entomologie appliquée à la médecine légale. *Président* : M. Brouardel. — M. SCIALON : Des vergetures du thorax. *Président* : M. Brouardel. — M. LUQUET : Contribution à l'étude des corps jaunes. *Président* : M. Cornil. — M. PENASSE : Contribution à l'étude des méningites chroniques et spécialement d'une terminaison fréquente chez les enfants, l'idiotie. *Président* : M. Dieulafoy. — M. LANCIAL : Thrombose des sinus veineux de la dure-mère. *Président* : M. Duplay. — M. ARRAGON : Documents relatifs à la fièvre jaune. *Président* : M. Proust.

Vendredi 13, à 1 heure. — M. LEROUX : Contribution à l'étude du zona chez les tuberculeux. *Président* : M. Potain. — M. BATLLE : Diagnostic précoce de la phthisie pulmonaire commune. *Président* : M. Potain. — M. PAVLIDÈS : Arthropathie tabétique du pied. *Président* : M. Damaschino. — M. FURET : Contribution à l'étude de l'hystérie dans ses rapports avec divers états morbides. *Président* : M. Damaschino.

NÉCROLOGIE

Le Dr TORCHET (Simon-André), ancien interne des hôpitaux de Paris, reçu en 1826, la même année que Danyau, Rigaud, Littré et Duplay père, vient de mourir à l'âge de 82 ans. Après avoir exercé la médecine à Sedan pendant vingt-cinq ans, Torchet s'était retiré à Paris où il habitait rue Bleue.

Le Dr SOLMON (Raymond-Emile), ancien interne des hôpitaux (1868), chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu de Troyes.

Le Dr GUILLIER, ancien commandant de la garde nationale en 1848, chevalier de la Légion d'honneur, ancien vice-président du conseil d'hygiène du XXe arrondissement, ancien médecin de l'état civil à Charonne, vient de mourir à l'âge de 74 ans.

Le Dr GAUDIN, de Chauvigny (Vienne), reçu en 1853.

NOUVELLES

—

Hopitaux de Paris. — Le concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Marie, Netter et Gilbert.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours du clinicat.* — Le concours pour les places de chef de clinique médicale viennent de se terminer par les nominations suivantes :

Pitié. — Titulaire, M. Duflocq ; adjoint, M. Ménétrier.

Charité. — Titulaire, M. Foubert ; adjoint, M. Hischmann.

Saint-Louis. — Titulaire, M. Feulard ; adjoint, M. Cayla.

Enfants. — Titulaire, M. Eug. Deschamps ; adjoint, M. Martin de Gimard.

Faculté de médecine de Paris. — M. Valude, chef de clinique ophtalmologique, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 1er novembre 1889.

Faculté de médecine de Lille. — La chaire d'anatomie est déclarée vacante. — M. Hacot est chargé jusqu'au 31 octobre 1888 des fonctions d'aide préparateur des travaux d'anatomie pathologique et d'histologie.

Ecole de médecine d'Alger. — Un concours s'ouvrira, le 4 décembre 1888, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine d'Alger.

Ecole de médecine de Clermont. —M. le docteur Fouriaux, suppléant des chaires de médecine, est nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Bourgade de la Dardye, décédé.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — MM. Brouardel et Gavarret sont nommés pour quatre ans membres de la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique.

Conseil de surveillance de l'assistance publique. — Dans sa séance du 2 juillet 1888, le Conseil municipal de Paris a émis le vœu qu'il soit adjoint au Conseil de surveillance de l'Assistance publique un membre pris parmi les médecins des bureaux de bienfaisance, et invite M. le préfet, à la première vacance dans les quatre places auxquelles il pourvoit, à nommer un médecin du bureau de bienfaisance membre du Conseil de surveillance. »

Distinctions honorifiques. — MM. les docteurs P. Berher (de Paris) et Dupont (de la Roche) sont nommés officiers d'Académie.

Corps de santé militaire. — Ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de 2e classe : M. Gardin, médecin-major de 2e classe de l'armée active démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. Jeanton, Suzanne, Lenhard, Laherre, Pigornet, Baillet, Dufestel, Cullère, Longueval, Hecht, Lacayre, Jannaut, Cassaët, Vanhaecke.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. le Dr E. Mauriac, inspecteur de la salubrité à Bordeaux, est chargé d'une mission à l'effet d'étudier en Angleterre, en Allemagne, en Autriche, la question de l'assistance publique à domicile; M. le Dr Paul Loye, préparateur de médecine légale à la Faculté de Paris, est chargé d'une mission à l'effet d'étudier l'organisation de l'enseignement médico-légal en Allemagne et en Autriche; M. le Dr Raymond, professeur agrégé, est chargé d'une mission en Russie, pour y étudier les questions d'enseignement médical relatives aux maladies nerveuses.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du 24 au 30 juin* 1888. — Fièvre typhoïde, 8. — Variole, 1. — Rougeole, 15. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 3. — Diphtérie, Croup, 24. — Phthisie pulmonaire, 178. — Autres tuberculoses, 27. — Tumeurs cancéreuses et autres, 55.

Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 40. — Paralysie, 1. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 45.

Bronchite aiguë et chronique, 37. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 56.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 59.

Fièvre et péritonite puerpérales, 9. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 18. — Sénilité, 22. — Suicides et autres morts violentes, 15. — Autres causes de mort, 176. — Causes inconnues, 10.

Nombre absolu de la semaine : 841. — Résultat de la semaine précédente : 833.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Etude clinique sur la fièvre du goitre exophtalmique, et comparativement sur les fièvres spéciales à quelques autres névroses, par le Dr Henri BERDOYE, ex-interne des hôpitaux de Lyon et de la clinique d'accouchements de la Faculté. Paris, 1888, gr. in-8° de 125 pages. 2 fr. 50.

L'Ecole de Salerne et les médecins salernitains, par Georges BÉCAVIN, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — Paris, 1888, gr. in-8° de 127 pages, 2 fr. 50.

Scènes de la Vie médicale, par Jules CYR, médecin inspecteur adjoint à Vichy. — 1888, 1 vol. in-16 de 300 pages, 3 fr. 50.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

Trente-cinquième année. — Tome I. N° 80. Mardi 10 Juillet 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE. .... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane. Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome 1. N° 80 Mardi 10 Juillet 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

PATHOGÉNIE

Origine infectieuse de certains ulcères simples de l'estomac ou du duodénum.

Par M. Maurice LETULLE,
Médecin des hôpitaux (1).

I. J'ai pu constater à diverses reprises une corrélation, évidente pour certains faits, entre l'évolution d'une maladie infectieuse et le développement de lésions ulcéreuses au niveau de l'appareil gastro-duodénal. Voici, entre autres, deux observations : Un homme de 28 ans, non alcoolique, contracte en Cochinchine la dysenterie, est atteint pendant son rapatriement d'abcès multiples sous-cutanés et éprouve, à Paris, dans l'espace de trente-deux mois, trois rechutes de dysenterie. Un mois après la dernière poussée intestinale, le malade est pris d'hématémèses considérables et de douleurs épigastriques qui font diagnostiquer un ulcère simple de l'estomac. Soumis, trois mois durant, au régime lacté, il a encore pendant ce traitement deux nouvelles attaques dysentériques. Les selles sanglantes cultivées par MM. Chantemesse et Vidal, dans le laboratoire de M. Cornil, donnent le microbe pathogène de la dysenterie décrit par ces auteurs. Les cultures pures de ces germes inoculées au cobaye reproduisent les lésions spécifiques de l'intestin et, par deux fois, occasionnent des ulcérations de l'estomac.

Le second malade, âgé de 36 ans, très sobre, est un ancien dyspeptique atteint, depuis de longues années, de dilatation simple de l'estomac. Au milieu de 1886 se développe insidieusement un abcès du sinus maxillaire, qui reste méconnu pendant près de six mois. A cette époque, une intervention chirurgicale importante, nécessitée par une forte hémorrhagie gingivale, assure la guérison du foyer septicémique. Dès le début de 1887, les troubles digestifs s'aggravent et ne tardent pas à présenter tous les caractères de l'ulcère simple

(1) Note présentée par M. Brown-Séquard à l'Académie des sciences.

du duodénum. Une série d'hémorrhagies intestinales redoutables oblige le malade à un traitement prolongé qui aboutit à une guérison définitive.

M. Brouardel, qui donnait également ses soins au malade, accepta d'autant plus volontiers l'explication pathogénique par laquelle je rattachai cet ulcère simple du duodénum à la septicémie chronique antérieure qu'il possédait deux observations analogues. Il voulut bien me les confier. Ces deux cas, l'un de variole confluente, l'autre de farcin chronique, terminés par la guérison, se compliquèrent, pendant la convalescence, des mêmes accidents ulcéreux.

Je dois enfin à l'obligeance du D[r] Aigre (de Boulogne) une observation d'ulcère simple de l'estomac, survenant pendant la convalescence d'une lymphangite suppurée du membre inférieur.

II. Ces différentes observations ont entre elles un point de parenté, qui est l'apparition d'un ulcère simple de l'estomac ou du duodénum au décours d'une maladie infectieuse en voie de guérison. Elles ont encore, selon moi, un même lien pathogénique : les maladies infectieuses qui peuvent, jusqu'à une époque plus ou moins avancée de leur évolution, donner lieu à des embolies microbiennes, collectent parfois leurs colonies au niveau de la région gastro-duodénale. La formation de ces foyers secondaires au-dessous de la muqueuse expose cette dernière à une destruction ulcérative d'autant plus rapide que l'état fonctionnel antérieur de l'organe était moins régulier ou que l'acidité normale de son contenu est plus considérable.

Je me suis efforcé de faire la preuve anatomo-pathalogique et expérimentale de cette conception pathogénique qui, s'adressant à une catégorie bien déterminée de faits, n'a nullement la prétention de battre en brèche les idées doctrinales actuellement régnantes, mais peut au contraire leur venir en aide.

Une autopsie récente de septicémie puerpérale m'a permis, grâce à l'obligeance de M. Widal, d'étudier deux ulcérations hémorrhagiques récentes de l'estomac. Les veinules sous-jacentes à la muqueuse ulcérée étaient thrombosées et le caillot fibrineux contenait une grande quantité de *Streptococci* ; les sinus veineux de l'utérus étaient d'ailleurs farcis des mêmes colonies.

Nous avons pu reproduire. comme preuve expérimentale, sur le cobaye les mêmes lésions muqueuses et sous-muqueuses, non seulement avec les cultures pures de la dysenterie, mais encore avec le *Staphylococcus pyogenes aureus*. Les lésions obtenues variaient depuis des ecchymoses jusqu'à de vastes ulcérations arrondies menaçant de perforer les parois de l'estomac expérimentalement dilaté.

Je crois devoir conclure en disant que le mécanisme qui préside à l'établissement de ces lésions ulcératives d'origine infectieuse peut être double : tantôt, ce sont les cas qui me paraissaient les plus rares, l'ingestion de germes pathogènes permet leur culture à la surface de la muqueuse gastro-duodénale ; tantôt les éléments morbigènes, véhiculés au hasard des courants sanguins ou lymphatiques, viennent se greffer dans les mailles du tissu conjonctif sous-muqueux. Là, les parasites, trouvant un terrain favorable à leur développement, entravent l'apport des sucs nutritifs et exposent la muqueuse correspondante à la corrosion des liquides acides qui la baignent.

Les faits qui précèdent me paraissent éclairer quelques-unes des nombreuses obscurités qui entourent encore aujourd'hui l'histoire de l'ulcère simple de l'estomac ou du duodénum. »

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Les acides de l'estomac et leurs rapports avec l'ulcère stomacal dans la chlorose et l'anémie, *Ritter et Hirsch. Zeitschr. f. Kl. med. Pest. med. presse*, 1888. — En dehors des troubles de la circulation locale, on a accordé une importance considérable dans la pathogénie de l'ulcère stomacal, non seulement à la diminution de l'alcalescence des parois de l'estomac, mais encore à un troisième facteur, l'hyperacidité du suc gastrique. S'il en est ainsi cette hyperacidité doit être un symptôme constant de l'ulcère, qui non seulement l'accompagne, mais encore doit le précéder Les auteurs se sont servi non pas de l'albumine de l'œuf en usage jusqu'à présent, mais d'une alimentation mixte et facilement digestive (lait bouilli, œufs à la coque, pain blanc). Ils ont employé seulement la méthode d'expression recommandée par Ewald, mais avec beaucoup de précaution, car la pression de la sonde au niveau du cardia peut produire de petites extravasations sanguines pendant les contractions trop fortes. Ils ont déterminé l'acidité du chyme par l'emploi de la lessive normale de soude au dixième. Voici leurs conclusions :

1. Le degré de l'acidité maxima aussi bien que le moment où il se produit dans l'estomac sain et dans les conditions identiques sont très variables d'un individu à l'autre, et chez le même individu à des jours différents. La valeur moyenne de l'acidité qui correspond à une nourriture déterminée et qui se rapprochait dans les expériences de 2,5 p. mille peut subir une variation en plus ou en moins de 1 p. mille sans qu'on observe des troubles digestifs, ce qui fait que l'état physiologique de la digestion s'accommode d'un degré assez variable d'acidité.

2. Il n'y a pas d'hyperacité du suc gastrique dans les ulcères stomacaux qui se produisent dans la chlorose et l'anémie et même dans la plupart des cas d'ulcère de l'estomac.

3. La chlorose et l'anémie évoluent avec une diminution de la sécrétion chlorydrique. Celle-ci peut favoriser la formation des acides lorsque les hydrates de carbone sont employés en grande quantité.

4. L'ulcère stomacal n'est pas toujours accompagné de l'hyperacidité en suc gastrique et peut même être associé à une diminution considérable des acides.

5. L'hyperacidité qu'on peut observer dans ce cas peut être aussi bien la conséquence que la cause de l'ulcère.

6. Les acides organiques qui existent dans l'estomac normal paraissent augmenter un peu avec la digestion, mais on ne le constate jamais en quantité notable à l'état normal.

8. Une seule détermination du degré d'acidité du suc gastrique n'offre pas une valeur suffisante pour le diagnostic.

9. Les réactions colorées ne présentent pas assez de certitude pour la recherche exacte des acides de l'estomac.

Notes cliniques sur le pichi, *J. H. Tressel.* (*Therapeutic Gazette. Avril* 1888.) — On a introduit en Amérique sous le nom de Pichi des tiges herbacées de Fabiana imbricata, qui sont employées au Chili dans les troubles des voies urinaires. Nivière et Liotard, qui en ont fait l'examen chimique, n'ont trouvé aucune trace de l'alcaloïde pour lequel on avait proposé le nom de Fabianine, mais ils pensent que les propriétés thérapeutiques de la plante sont dues à une glycoside fluorescente analogue à l'esculine.

L'action de cette substance, d'après les observations relatées par J. H. Tressel, est favorable dans les cystites. Dans un cas où la cystite avec production du mucopus s'était produite à la suite d'un traumatisme grave de l'abdomen dans un accident de chemin de fer, l'auteur se décida, après des insuccès, à avoir recours à l'extrait fluide de pichi dont il prescrivit 10 gouttes toutes les trois heures, supprimant tout autre traitement. Le malade ne tarda pas à se sentir mieux et dans la suite le dépôt disparut complètement. Une dose trop forte (40 gouttes) prise à l'insu du médecin produisit des nausées, des douleurs stomacales et une sensation désagréable dans la gorge.

Dans un autre cas, le malade, âgé de 45 ans, paraissait souffrir d'une cystite goutteuse, car l'urine renfermait une quantité anormale d'acide urique. Les opiacés et les alcalins ne produisirent qu'une amélioration insignifiante, tandis que le pichi (extrait fluide) employé

à la dose de 10 gouttes toutes les deux heures fit complètement disparaître les maladies quelques jours après.

La substance employée paraît surtout agir sur les douleurs qui accompagnent la miction. Chez un sujet qui fut pris de rétention d'urine et de douleurs à la suite d'un refroidissement particulièrement intense, au point que le cathétérisme ne put être pratiqué qu'après une anesthésie locale par la cocaïne, l'extrait de pichi amena un soulagement presque immédiat et la guérison en trente-six heures.

Les observations de J.-H. Tressel sont encore trop peu nombreuses, et trop peu explicites surtout, pour se faire une opinion sur la valeur thérapeutique et le mode d'action de ce médicament. Néanmoins, son action sédative a été assez précise pour qu'on puisse la mettre à profit. L. Jumon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VI[e] ARRONDISSEMENT

Séance du 29 *mai* 1888. — Présidence de M. Schwartz.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le D[r] Percheron, s'excusant de ne pouvoir assister à la réunion; 2° une lettre de M. le D[r] Brochin fils, remerciant la Société de la lettre de condoléances qu'elle lui a adressée par l'intermédiaire de son secrétaire général à l'occasion du décès de M. Brochin père.

M. *Kalt* a eu tout récemment l'occasion de faire l'autopsie d'un paralytique général chez lequel il avait constaté une atrophie complète des deux papilles.

L'examen du cerveau a montré également une atrophie des bandelettes optiques ; mais il n'a encore trouvé aucune autre lésion que celles qu'on rencontre ordinairement chez les paralytiques généraux. — Il demande à ses collègues s'ils ont, eux aussi, vu des cas d'atrophie papillaire dans le cours d'une paralysie générale.

M. *Schwartz* demande si la paralysie générale était pure et s'il ne s'agissait pas d'une affection hybride, si par exemple, en même temps que de la paralysie générale, le malade n'était pas atteint d'ataxie. — Etait-il alcoolique ?

M. *Kalt* ne croit pas que l'alcoolisme puisse expliquer l'atrophie des papilles, les névrites toxiques n'étant pas atrophiques. L'alcoolique devient amblyope, il ne devient pas aveugle.

Il y a deux signes qui permettent de diagnostiquer l'amblyopie toxique, ils sont importants à connaître car on peut alors dépister l'alcoolisme, malgré les dénégations des sujets ou lorsque la qualité des personnages rend difficile l'interrogatoire à cet égard.

1° A l'ophthalmoscope on trouve une décoloration de la moitié externe de la papille : la moitié interne étant rouge. Cette différence de coloration entre les deux moitiés de la papille rend ce signe facile à reconnaître ; puis il y a autour de la papille un certain halo dû à une infiltration œdémateuse. Le second signe est celui-ci : le malade ne perçoit plus les couleurs par la fixation centrale. On prend une carte au centre de laquelle on fait un trou ; puis faisant passer un papier coloré derrière la carte, on recommande au sujet de fixer le trou ; s'il est atteint d'amblyopie alcoolique, il ne verra pas la couleur du papier. La contre-épreuve sera faite si l'on pratique une seconde ouverture au-dessus de la première, le malade continuant à fixer le premier trou : il percevra la couleur du papier passant derrière la seconde ouverture.

M. *Schwartz* communique l'observation d'un homme qu'il a opéré il y a une dizaine de jours d'une tumeur du testicule. Son sujet, qui est âgé de 40 ans, est mécanicien ; c'est un homme robuste. Il était porteur depuis deux ans d'une tumeur à la partie supérieure du testicule, — laquelle tumeur avait acquis la grosseur du poing.

Le malade se plaignait également d'une douleur vive le long du cordon et dans le ventre ; puis le long du membre opposé, douleur vive paroxystique allant jusqu'au genou.

Depuis quelque temps il maigrissait et voyait diminuer ses forces,

La tumeur a la forme d'une poire à sommet supérieur et une consistance ligneuse, nettement fluctuante en arrière ; la tunique vaginale est remplie de liquide ; en arrière au point fluctuant, le cordon était indemne, mais au niveau du canal inguinal, on trouvait une tumeur fusiforme, moins dure, dont il était difficile d'apprécier exactement la consistance.

Le développement rapide de cette seconde tumeur, les phénomènes douloureux ainsi que les autres symptômes faisaient penser à une adénopathie abdominale secondaire, qui contre-indiquait toute intervention. Néanmoins M. Schwartz résolut d'examiner le malade sous le sommeil chloroformique, et il insiste sur la nécessité d'endormir quand il s'agit de pratiquer un examen abdominal. Il s'assura ainsi qu'il n'y avait aucun ganglion lombaire et le toucher rectal démontra que le cordon était libre. Cependant comme l'hésitation persistait, M. Schwartz demanda l'avis du Dr Bœckel de Strasbourg, M. Bœckel conseilla l'opération.

L'opération fut faite et démontra que la tumeur des bourses et celle du canal inguinal étaient de nature différente ; que le cordon était parfaitement sain, que la tumeur du canal inguinal était un lipome. La réunion par première intention fut obtenue et le malade paraît actuellement guéri.

La coupe du testicule montra qu'il s'agissait d'un sarcome dont certaines parties étaient en voie de dégénérescence granulo-graisseuse.

M. *Schwartz* tire de ce fait l'enseignement suivant : dans le cas où il n'y a pas d'adénopathie, malgré la présence d'une seconde tumeur, ne pas s'arrêter quand il y a doute sur la nature de cette seconde tumeur et doute sur sa propagation vers la partie profonde de l'abdomen.

M. *Machelard* demande si M. Schwartz n'avait pas pensé à faire une ponction exploratrice.

M. *Schwartz* répond que le diagnostic était certain, il n'y avait pas lieu d'avoir recours à la ponction exploratrice.

M. *Guillier* a enlevé chez un de ses malades un petit kyste de la face palmaire du médius de la main droite. Ce kyste, malgré son siège anormal, avait toute l'apparence d'un kyste sébacé.

M. *Schwartz* pense qu'il s'agissait, non pas d'un kyste sébacé, mais bien plutôt d'un kyste épidermique.

La séance est levée à 10 heures.

Le secrétaire des séances,
Dr VEILLEAU.

BIBLIOGRAPHIE

LA RÉGLEMENTATION DE LA PROSTITUTION DEVANT L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE, par *le Dr Commenge* (1).

Dans la remarquable étude dont j'ai à vous présenter l'analyse, M. Commenge a suivi l'ordre chronologie des séances de l'Académie de médecine de Bruxelles. Pour faciliter ma tâche et éviter des redites, j'ai pensé mieux faire en groupant ensemble les arguments présentés sur le même point de la discussion, par les différents orateurs.

En commençant la lecture de son remarquable rapport, M. le professeur Fournier disait qu'à l'Académie de médecine le principe de la réglementation de la prostitution ne trouverait aucun adversaire. Et, en effet, dans la récente discussion, si nombre d'orateurs ont combattu le mode de la réglementation proposé par la commission et soutenu par son savant rapporteur, son principe a été admis par tous.

A l'Académie de médecine de Bruxelles, au contraire, c'est surtout le principe qui a été défendu, et c'est ce principe même qui a été l'occasion de la discussion. En effet, émue par la campagne entreprise en faveur de la liberté de la prostitution par une société dite

(1) Note lue par M. Tisné à la Société médicale des bureaux de bienfaisance.

de « moralité publique » M. Thiry demanda à la savante assemblée d'inscrire ce sujet à son ordre du jour.

La liberté de la prostitution trouva un avocat éloquent et convaincu. M. Mœller au nom de la liberté individuelle vint protester contre les visites corporelles imposées aux prostituées. Il alla plus loin et prétendit que l'organisation et la réglementation de la prostitution constituait en réalité une protection officielle accordée aux femmes inscrites et, par suite, devenait une excitation à la débauche en la rendant moins dangereuse. Le principal argument invoqué par M. Mœller, c'est que les femmes inscrites ou en maison voient beaucoup plus d'hommes que les prostituées libres, que, par conséquent, elles sont plus dangereuses quand elles sont malades. Or, d'après lui, les prostituées libres sont beaucoup moins souvent atteintes que les prostituées inscrites : pour soutenir son opinion M. Mœller invoque l'autorité de MM. Mercier, Desprès, Mauriac et Fournier et les résultats favorables qu'aurait produits, en Angleterre, la suppression des diverses acts.

Après avoir combattu le principe, M. Mœller s'attaque aux mesures actuellement en vigueur. Je trouve que, du moment où toutes les femmes qui se livrent à la prostitution clandestine ne peuvent être arrêtées, les arrestations partielles sont inutiles. Je soutiens que les visites bi-hebdomadaires ne sont pas suffisantes, que le temps qu'on leur consacre ne permet qu'un examen superficiel et incomplet et que, en plus, les instruments mal nettoyés peuvent être des moyens de contamination.

Si l'orateur a été seul à défendre la liberté de la prostitution, nombreux furent ceux qui la combattirent. MM. Thiry, Crocq, Depaire. Mial, Warlomont et Barella prirent successivement la parole. Presque tous reconnaissent que vouloir la suppression de la prostitution, c'est poursuivre une utopie, c'est vouloir supprimer un fait qui a existé de toute antiquité et qui existe encore dans les tribus les plus sauvages comme chez les peuples les plus civilisés. Tous aussi insistent sur ce point que la prostitution en elle-même n'est pas un délit, mais quelle constitue un danger social en favorisant la propagation d'une maladie dont les conséquences sont terribles. Pour tous ces orateurs le péril social doit primer la liberté individuelle et exiger de la part des autorités des mesures de surveillance. D'ailleurs la liberté individuelle n'est-elle pas plus violée lorsqu'on impose une quarantaine à nombre de passagers bien portants, parce qu'un cas contagieux a été observé à bord d'un navire ; et cependant personne n'en demande la suppression au nom de cette même liberté. De plus, comme l'avait déjà fait dans son remarquable travail mon regretté maître, Martineau, M. Mial compare la femme qui fait commerce de

son corps à toute autre marchandise. Or de même que les autorités municipales exercent une surveillance active sur les denrées et confisquent celles qui sont avariées, elles ont bien le droit de surveiller et de retirer de la circulation lorsqu'elles sont malades les femmes qui se vendent. Il ne s'agit donc point d'une violation de la liberté, mais bien de l'assimilation de la prostitution aux professions insalubres qui toutes sont réglementées.

Nous l'avons dit le principal argument de M. Mœller était que les femmes inscrites était plus souvent malades et partant plus dangereuses.

Disons tout de suite, que contrairement à l'opinion de M. Mœller, pour Paris du moins, il résulte des faits cités par Martineau et par M. Commenge que les femmes qui se livrent à certaines variétés de la prostitution clandestine voient autant et plus d'hommes, que nombre de filles en maison, qu'elles sont d'autant plus dangereuses que, pour gagner plus d'argent, elles continuent leur métier, même se sachant malades, jusqu'à ce que la douleur les en empêche absolument.

Les statistiques invoquées par M. Mœller ont été longuement discutées. D'ailleurs, comme le fait observer M. Commenge, on se demande comment cet orateur a pu s'appuyer de l'autorité de M. Mauriac et surtout de celle de M. Fournier, en faveur de sa thèse, alors que ces auteurs, d'après leur propres statistiques, arrivent à des conclusions *opposées*. Les divers orateurs qui ont pris la parole ont discuté surtout les effets de la révocation des Diseases acts; ils ont cité l'opinion de M. Graham Balfour qui, partisan de cette mesure, la combat aujourd'hui après en avoir constaté les déplorables résultats. Et ce n'est pas seulement en Angleterre que la réglementation avait produit la diminution des contagions syphilitiques. A Bruxelles, M. Janssens en témoigne aussi, l'application sévère des visites sanitaires avait, de 1848 à 1880, fait de cette capitale la ville la plus saine d'Europe au point de vue de la syphilis. A Paris, depuis que les discussions sur la police des mœurs ont ralenti le zèle des agents, le nombre des prostituées clandestines syphilitiques a beaucoup augmenté : les chiffres cités par notre maître Martineau montrent dans quelle proportion. Aussi M. Janssens a-t-il pu dire que c'était, non point la réglementation, mais bien la liberté de la prostitution qui constitue une excitation à la débauche.

Est-ce à dire qu'on approuve toutes les mesures existantes, loin de là. M. Thiry en critique une qui lui semble plus incompréhensible que toute autre : c'est la faculté accordée à un certain nombre de prostituées, et cela moyennant une redevance, de pouvoir être examinées chez elle. «Devant la morale, dit-il, toutes les prostituées sont égales » et rien ne légitime cette distinction. Cette mesure avait

déjà été repoussée par M. Martineau, s'appuyant sur ce fait que la visite à domicile devant avoir lieu à heure fixe, les femmes malades useraient de tous les moyens pour cacher leur mal. Comme cette mesure avait été proposée en France par M. Le Pileur, M. Commenge croit devoir insister sur les inconvénients sans parler du nombre considérable de médecins qu'exigerait ce service, il montre quelle difficulté il y aurait à examiner seul une femme dans un local ou rien n'est fait pour aider, il indique aussi les rencontres que pourrait faire le médecin chez les femmes et, pour ces raisons, repousse la mesure proposée à titre d'essai.

Les critiques adressées par M. Mœller au mode actuel des visites sanitaires ont été peu discutées. Seul M. Mial a démontré que l'examen, lorsqu'il est fait par un médecin exereé est facile et complet, et pour cela peu de temps suffit. M. Commenge expose ce qui se fait à Paris, et prouve, lui aussi, que lorsqu'on est bien aidé et bien installé, avec un peu d'habitude, l'examen complet est rapidement fini. Quant à la contagion par les instruments, il est facile de se convaincre qu'à Paris du moins elle est impossible, tant on apporte de soins à leur propreté. Enfin M. Commenge fait judicieusement observer que s'il est vrai, comme le dit M. Mœller, que toutes les prostituées clandestines malades ne sont pas arrêtées, en retirant de la circulation celles qu'on arrête on n'en rend pas moins un grand service en diminuant d'autant les chances de propagation de la syphilis.

Pour apprécier à sa juste valeur cet intéressant travail il faudrait le lire en entier. Cependant, bien que très imcomplète, cette courte analyse vous donnera une idée de la consciencieuse étude de notre savant collègue. Comme vous avez pu vous en rendre compte ce n'est pas seulement un compte rendu analytique que nous a présenté M. Commenge, c'est une revue critique des opinions développées à l'Académie de Bruxelles, revue à laquelle il a ajouté des considérations personnelles auxquelles sa haute compétence et sa situation spéciale donnent une grande portée.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Concours du clinicat chirurgical.* — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Ricard, Rochard et Walter comme chefs de clinique titulaires ; de MM. Boiffin et Hache comme chefs de clinique adjoints.

M. Ricard prend le service de M. le professeur Verneuil, M. Rochard celui de M. le professeur Richet et M. Walter celui de M. le professeur Trélat.

Conseil académique. — A la suite des élections et des nominations

faites par le ministre, les médecins ou pharmaciens dont les noms suivent font partie des conseils académiques ci-après désignés :

Paris : MM. Brouardel, Henrot, Luton, Jaccoud, Milne-Edwards, Planchon. — *Aix* : MM. Chapplain, Gourret et Livon. — *Besançon* : MM. Bruchon et Saillard. — *Bordeaux* : MM. Moussous, Perrens et Pitres. — *Caen* : MM. Bourienne, Duménil et Pennetier. — *Clermont-Ferrand*: MM. Gagnon et Ledru. — *Dijon* : MM. Gautrelet et Maillard.— *Douai* : MM. Lenoël, Mollien, Paquet et Wannebrouck. — *Grenoble* : MM. Allard et Berger. — *Lyon* : MM. Gailleton et Lortet. — *Montpellier* : MM. Bertin-Sans, Castan, Diacon et Soubeiran. — *Nancy* : MM. Bleicher, Coze et Tourdes. — *Poitiers* : MM. Chédevergne, Danner, Raymondaud et Robert. — *Rennes* : MM. Delacour, Laennec, Lefeuvre et Meleux. — *Toulouse* : MM. Basset et Caubet.

Le Conseil académique et les manifestations boulangistes de Nancy. — Le Conseil académique de Nancy s'est réuni pour juger M. Marconnet, étudiant en médecine, condamné à deux mois de prison pour participation à des manifestations boulangistes.

Le Conseil, considérant que M. Marconnet était le plus jeune des condamnés, qu'il n'était pas l'auteur direct de l'affiche excitant la population à manifester; qu'enfin, étant Alsacien, il avait pu, dans une certaine mesure, croire au général Boulanger, a conclu à la réprimande simple.

M. Marconnet pourra donc continuer à suivre les cours de la Faculté de médecine.

La Société clinique de Paris se réunira le jeudi 12 juillet, au lieu ordinaire de ses séances, rue Boissy-d'Anglas, 35, salle Prat, 10, cité du Retiro.

Ordre du jour : Communications diverses.

Inspection médicale des corps d'armée. — Avancement et décoration des médecins de la réserve et de la territoriale. — Un décret présidentiel du 2 juin vient de modifier la composition des commissions appelées à apprécier les titres des médecins du cadre actif au point de vue de leur avancement soit dans leur hiérarchie, soit dans la Légion d'honneur, et d'attribuer à juste titre une plus grande part à l'élément médical dans la formation de ces jurys. Dans chaque corps d'armée, une commission régionale, dont la composition sera ultérieurement donnée, classera en deux catégories les candidats proposés pour l'avancement. La première catégorie comprendra les candidats susceptibles d'être inscrits au prochain tableau d'avancement. La deuxième catégorie comprendra les candidats ajournés à une époque plus éloignée. Les candidats de la première catégorie seront classés ensuite par ordre de mérite sur une liste établie par grade. Le classement définitif sera fait par les soins d'une commission spéciale composée ainsi qu'il suit :

Quatre généraux commandants de corps d'armée ou gouverneurs militaires; le médecin inspecteur général ; un médecin inspecteur; le directeur du service de santé au Ministère de la guerre ; le secrétaire du Comité consultatif de santé, secrétaire, sans voix délibérative, ni consultative.

Les candidats proposés pour la croix de chevalier ou celle d'officier

...-cinquième année. — Tome I. N° 81. Jeudi 12 Juillet 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I, N° [illegible] Jeudi 12 Juillet 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 11 *juillet* 1888.

M. le Dr Cerné, chirurgien de l'Hospice général de Rouen, a communiqué à l'Académie les résultats de ses recherches sur l'érysipèle infectieux et sur la bronchopneumonie érysipélateuse d'emblée. L'érysipèle est causé par un microbe qui peut proliférer dans la peau où il produit l'érysipèle cutané, ou se développer dans les poumons où il produit des bronchopneumonies infectieuses, des pneumonies bâtardes.

Dans la dernière séance de l'Académie, M. Kirmisson avait montré les avantages du cathétérisme permanent dans le rétrécissement cancéreux de l'œsophage ; M. Nicaise revient dans cette séance sur la même affection en proposant au contraire la gastrostomie. Il n'est pas douteux que le cathétérisme intermittent ne favorise le développement du cancer de l'œsophage et ne soit la source de nombreux dangers, car il peut provoquer des fausses routes et même parfois la mort du malade. Pour éviter ces accidents, M. Nicaise conseille de pratiquer la gastrostomie ; mais pour cela il ne faut pas attendre que le malade soit devenu cachectique, il faut opérer dès que le rétrécissement de l'œsophage ne permet plus une alimentation suffisante. La gastrostomie faite dans ces conditions peut donner aux malades une survie assez considérable.

M. Constantin Paul a étudié la saccharine au point de vue de ses propriétés antiseptiques. Cette substance, dit M. C. Paul, n'est pas un poison, puisque des diabétiques et des individus bien portant ont pu en absorber pendant longtemps des doses considérables sans accident et même sans éprouver des phénomènes digestifs, mais elle doit rester un médicament sans entrer dans l'alimentation journalière. Des recherches faites par MM. C. Paul et Marfan montrent, d'autre part, que la saccharine arrête la fermentation ammoniacale des urines et empêche le développement du bactérius termo, du staphylococcus aureus et de quelques autres microbes. La saccha-

rine peut de même servir à fabriquer des dentifrices antiseptiques et agréables.

M. Marty a obtenu l'assentiment de toute l'Académie en reproduisant les conclusions qu'il avait déjà formulées et qui s'opposent à ce que l'on tolère dans les vins plus de deux grammes de sulfate de potasse par litre.

M. Verneuil a continué la lecture de l'important mémoire, qu'il terminera dans la prochaine séance, sur le traitement des anévrysmes par l'introduction de corps étrangers. Nous donnerons dans huit jours les conclusions de ce travail où M. Verneuil montre que le traitement des anévrysmes par ce qu'il appelle la filipuncture n'a encore donné aucun résultat. A. Ch.

Fracture de la clavicule guérie sans déformation. Appareil en huit de chiffre.

Par M. Chipault (1),
Interne des hôpitaux.

Les cas de fracture de la clavicule avec déplacement guéris sans déformation sont assez rares pour qu'il ne me semble pas inutile de vous présenter le suivant, que je viens d'observer.

Le nommé R... (Nicolas), âgé de 30 ans, entre à l'hôpital Cochin le 1er mai dernier. — Père et mère morts d'accident. Un frère et une sœur bien portants. Marié en 1881 il a deux enfants, l'un de six ans, l'autre de trente mois, tous deux bien portants, pas de syphilis, de tuberculose ou de rhumatisme.

Le 28 avril, il était sur un échafaudage en train de poser des boulons lorsque la clef lâcha et il tomba d'une hauteur de 6 mètres sur de la terre de chantier. La nuque porta d'abord, puis l'épaule droite, qui fut fortement repoussée en avant et en dedans. Le blessé perdit connaissance pendant une demi-heure environ, et fut porté chez un pharmacien qui lui posa six sangsues à la nuque.

Le 1er mai, jour de l'entrée à l'hôpital, je constate une vive douleur à la nuque, ainsi qu'une large ecchymose à ce niveau. Ecchymose des paupières du côté gauche. Fracture de la clavicule droite à sa partie moyenne, avec saillie considérable du fragment interne en haut et en avant.

Le trait de la fracture est à peu près transversal, et dirigé un peu de haut en bas et d'avant en arrière ; pas d'ecchymose. Légère douleur par la pression à l'extrémité interne de la clavicule.

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

Le blessé est très abattu. Il souffre surtout du cou, et cherche à l'immobiliser en soutenant sa tête avec sa main gauche.

Le lendemain, mon maître, M. le Dr Anger, applique, après avoir fait asseoir le malade à califourchon sur une chaise et lui avoir garni les épaules et les aisselles d'une épaisse couche d'ouate, un appareil composé d'une bande de toile à laquelle il fait décrire un huit de chiffre dont les deux anneaux embrassent les épaules et dont le croisé se fait à la partie supérieure de la région interscapulaire. Une écharpe de Mayor complète l'appareil. La réduction est complète et bien maintenue.

Le soir, les bandes gênant un peu le blessé sous l'aisselle droite, je suis obligé de les couper légèrement à ce niveau.

Le 5 mai, le blessé se plaint toujours de douleurs à la nuque. L'appareil ne le gêne d'ailleurs plus du tout, malgré un léger gonflement du bras droit.

Le 10, le malade se lève pour la première fois.

Le 18, la bande s'étant légèrement desserrée, j'applique un second appareil analogue au premier; il maintient également bien les fragments réduits.

8 jours après, c'est-à-dire 26 jours après l'accident, 25 jours après la réduction, j'enlève ce nouvel appareil, et je constate que la fracture est solide, sans déplacement ni déformation. Les mouvements du bras sont encore gênés; le blessé peut pourtant en penchant un peu la tête se servir de la main droite pour manger.

Le 10 juin, il part pour Vincennes ; les mouvements du bras sont plus étendus et plus faciles.

Le 20, il y a encore un peu de gêne à la nuque résultant de la contusion à ce niveau. A l'endroit de la fracture, pas de déformation soit à la vue, soit au toucher; il n'y a pas le moindre déplacement des fragments, pas la moindre exubérance du cal; il serait impossible, à l'examen local, de dire qu'il y a eu là une fracture. Il n'y a pas de douleur à ce niveau, ni spontanément, ni par pression. Les mouvements sont presque complètement recouvrés : le malade porte son bras en abduction avec la plus grande facilité ; il porte très bien le coude du côté blessé en arrière et en dedans; il a un peu de difficulté à mettre sa main sur la tête quoique ce mouvement ne le fasse nullement souffrir ; il résiste parfaitement à une traction ou à une poussée faite sur le bras placé dans l'abduction horizontale.

Je l'ai revu il y a quelques jours; la guérison est parfaite, tant au point de vue esthétique qu'au point de vue fonctionnel.

Tous les auteurs, Boyer, Desault, Follin, Gosselin, Nélaton, Velpeau, ont insisté sur la difficulté d'obtenir une guérison sans déformation de fracture de la clavicule avec déplacement. « Pour peu qu'il

y ait déplacement, dit Malgaigne, aucun chirurgien ne saurait promettre une réunion exempte de difformité. Ce n'est pas qu'une consolidation régulière soit absolument impossible. J'ai cité des cas où il n'y avait pas de déplacement, où la réunion s'était faite, même sans appareil, et plusieurs chirurgiens m'ont dit avoir guéri sans difformité des fractures dont les fragments s'étaient primitivement déplacés. Je regarde donc la chose comme possible, bien que pour mon compte je n'en aie jamais vu d'exemple. »

Le même chirurgien ajoute que, pour tenter d'obtenir une réunion sans difformité, « il faut condamner le sujet au décubitus sur le dos durant trois semaines, le coude assujetti sur le cou ou en avant de la poitrine, le bras étant également fixé, la tête retenue immobile sur l'oreille, et enfin la main d'un aide intelligent appliquée à demeure sur les deux fragments. »

Mayor obtint dans un cas, par ce moyen, une consolidation parfaite.

Follin donne des conseils à peu près analogues : « On doit essayer de traiter ces fractures, au moins pendant une quinzaine de jours, par le décubitus dorsal au lit, la tête immobilisée sur un oreiller, et les bras fixés le long du corps. C'est à ce prix qu'on a pu obtenir des consolidations sans déplacement. »

Il y a loin de ces procédés difficiles et pénibles à l'appareil si simple que nous avons employé, et qui n'est d'ailleurs autre que celui d'Albucasis, Lanfranc, Guy de Chauliac, Paré, Syme, Sçay.

Il me semble avoir un certain nombre d'avantages qui doivent le faire préférer dans une assez grande quantité de cas

Il répond bien à l'indication capitale de tout appareil de fracture de clavicule, qui est de porter l'épaule en arrière, indication si importante que lorsqu'elle est remplie celle de porter l'épaule en haut devient bien moins utile. Portant l'épaule en arrière, il me semble qu'il remplit par cela même la troisième des indications posées par Malgaigne, qui est de porter le fragment externe en dehors. L'écharpe qui le complète porte en haut ce fragment externe ; de plus, en immobilisant le bras du côté blessé, elle empêche la communication aux fragments des mouvements qui pouvaient déranger la réduction et nuire à la réunion.

Sans doute d'autres appareils sont capables de remplir les mêmes indications, mais ils présentent à un moindre degré les avantages suivants :

1° Ne pas gêner le malade. Avec l'appareil en huit de chiffre, le décubitus dorsal est facile ; la respiration n'est pas gênée. On peut toujours éviter par une bonne couche d'ouate les écorchures axillaires, et en partie au moins, par le même moyen, la compression des vaisseaux qui

entraîne l'œdème du membre. De même on évitera la douleur à la nuque. A ce point de vue, mon malade, qui avait une contusion violente de cette région, et à qui on avait appliqué des sangsues à ce niveau, se trouvait dans de mauvaises conditions : il ne s'est pourtant plaint que pendant quelques jours. Enfin, avec le huit de chiffre, le malade peut se lever, se promener, ce qui n'est pas sans importance.

2° Être facile et rapide à appliquer,

3° Ne nécessiter pour sa confection que de l'ouate et une bande de toile.

Le plus grave reproche qu'on ait fait à l'appareil en huit de chiffre est de se desserrer facilement. On a vu que, dans notre cas, nous avions été obligés d'appliquer deux fois l'appareil : ce renouvellement n'a nui en rien au résultat, et prend moins d'importance par la facilité de l'application.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

Nouvelles études sur le rôle de la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale dite *a frigore*, par le Dr E. *Neumann* (*Archives de Neurologie*, mai 1888). — Dans un premier mémoire analysé dans ce journal (*France médicale*, 29 octobre 1887), M. Neumann a cherché à démontrer que le froid n'était qu'un facteur secondaire et accessoire dans l'étiologie de la paralysie faciale dite *a frigore* et que la véritable cause à incriminer n'était autre que la prédisposition nerveuse héréditaire.

Le nouveau travail publié par M. Neumann vient confirmer cette doctrine et corroborer de tous points les premières conclusions de l'auteur qui s'appuie aujourd'hui sur un total de 41 cas de paralysie faciale. L'histoire des malades, l'histoire de leurs ascendants et de leurs collatéraux, le caractère d'affection familiale que la maladie peut revêtir dans certains cas, la possibilité de la transmission héréditaire directe dont l'auteur relate un exemple si frappant, constituent autant de preuves et de témoignages en faveur du rôle capital que joue la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de l'hémiplégie faciale appelée *a frigore*.

Précisant plus encore que dans son premier mémoire les liens qui unissent la paralysie faciale aux autres maladies du système nerveux, M. Neumann estime que la paralysie de la septième paire est parente à un degré beaucoup plus rapproché des vésanies et des névroses que des autres membres de la famille neuropathologique.

E. Deschamps.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 *juillet* 1888. — *Présidence de* M. HÉRARD.

RECHERCHES SUR L'ÉRYSIPÈLE INFECTIEUX ET LA BRONCHOPNEUMONIE ÉRYSIPÉLATEUSE D'EMBLÉE. — M. le Dr *Cerné* (de Rouen) lit un travail qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° L'érysipèle peut présenter des déterminations viscérales qui reconnaissent pour cause la diffusion dans les organes du micro-organisme dont la prolifération dans la peau a produit l'érysipèle cutané.

2° Le microbe de l'érysipèle peut se développer d'emblée dans les poumons. Y est-il apporté directement par l'air ou gagne-t-il de proche en proche, introduit dans les premières voies par exemple par les aliments ? Il serait tout aussi difficile de se prononcer dans ce cas que pour d'autres micro-organismes où la question a déjà été agitée.

3° Il paraît se produire dans ces cas une infection extrêmement rapide et particulièrement grave.

4° Il y a lieu d'admettre que ces bronchopneumonies infectieuses, pneumonies bâtardes, peuvent être produites soit par la contagion de véritables érysipèles, soit peut-être aussi par d'autres organismes infectieux qu'on doit rechercher quand ces broncho-pneumonies coïncident avec l'existence d'une maladie infectieuse quelconque.

DE LA GASTROSTOMIE DANS LE RÉTRÉCISSEMENT CANCÉREUX DE L'ŒSOPHAGE. — M. *Nicaise* résume l'observation d'un homme de 75 ans, atteint de cancer de l'œsophage, qui entra dans son service dans un état d'affaiblissement et d'amaigrissement extrême ; il ne pesait que 42 kilogs. Le début de son cancer paraissait remonter à 18 mois. Le cathétérisme de l'œsophage ne put être fait, la sonde était arrêtée à 33 centimètres au-dessus du cardia. L'alimentation était devenue tout à fait impossible.

L'opération de la gastrostomie fut faite le 22 mars. Le septième jour, les forces étaient déjà bien revenues et la sensation de la faim avait reparu. L'amélioration a continué et le malade a augmenté de 4 kilogs. Cependant ce malade s'est affaibli pendant le mois de juillet et il a succombé le 1er septembre, cinq mois et dix jours après l'opération.

M. Nicaise insiste sur l'utilité de la gastrostomie dans le rétrécissement cancéreux de l'œsophage. Le cathétérisme de l'œsophage présente en effet des inconvénients et des dangers ; l'opération est souvent douloureuse et mal supportée, les exemples de fausses routes ne sont pas rares et la mort en est parfois la conséquence.

La gastrostomie, dans les cas de rétrécissement cicatriciel, donne d'excellents résultats ; pour avoir les mêmes résultats dans les cas de rétrécissement organique, il ne faut pas attendre la cachexie cancéreuse. Il ne faut donc pas juger la gastrostomie d'après les statistiques actuelles, mais d'après la marche générale des opérations faites sur l'abdomen. De plus après la gastrostomie, le cancer ayant cessé d'être irrité par le passage des aliments et de la sonde, s'améliore quelquefois, et suit une marche moins rapide, comme cela se passe pour le cancer du rectum. Tant que le malade peut ingérer quotidiennement la quantité de nourriture qui lui est nécessaire, il n'y a pas lieu d'intervenir, mais dès que l'obstacle mécanique empêche l'ingestion des aliments ; on devrait alors procéder à l'opération, puisqu'il n'y a pas d'espoir de voir revenir la déglutition normale.

De la saccharine considérée comme antiseptique. — M. *Constantin Paul.* Des malades ou des gens bien portants ont pu prendre pendant quelque temps d'énormes doses de saccharine sans inconvénient. La saccharine n'est donc pas toxique. Le seul reproche que MM. Worms et Dujardin-Beaumetz lui ont fait, c'est de troubler la digestion. Cependant M. C. Paul a des malades diabétiques qui prennent depuis cinq mois de la saccharine sans en éprouver de troubles digestifs. La saccharine laisse faire certaines fermentations et en arrête d'autres. Les expériences faites par M. Marfan, interne de M. C. Paul, ont donné les résultats suivants :

La saccharine à 1/200 est susceptible d'arrêter la fermentation ammoniacale des urines.

Elle n'a pas d'action sur certains bacilles, mais elle arrête le développement du bactérium termo, du staphylococcus aureus et de quelques autres microbes.

A la dose de 1/300, elle retarde mais n'empêche pas complètement le développement du staphylococcus de la fièvre puerpérale.

La saccharine est un excellent antiseptique pour la bouche. A la dose de 6 0/0, c'est un très bon dentifrice, dont on mettra un centimètre cube dans un demi-verre d eau.

La saccharine peut également permettre de faire des tisanes antiseptiques, mais il est juste d'ajouter que ces tisanes n'ont aucune action sur le bacille de la fièvre typhoïde, par exemple.

En raison de son action sur la fermentation de l'urée, la saccharine pourrait être substituée à l'acide borique dans le lavage de la vessie.

Du plâtrage des vins. — M. *Marty* analyse les lettres et les documents envoyés à l'Académie depuis la dernière discussion sur le plâtrage des vins. Il a analysé des échantillons de vins d'Argenteuil, récoltés sur d'anciennes carrière de plâtre ; deux échantillons contenaient l'un 20 centigrammes, l'autre 30 centigrammes de sulfate

...-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 81. JEUDI 12 JUILLET 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale,
Membre de l'Académie de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale,
Membre de l'Académie de médecine.

DAMASCHINO
Professeur de pathologie médicale.
Médecin des hôpitaux.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

de potasse par litre. En évaluant à 60 ou 80 centigrammes la dose maxima du sulfate de potasse contenu dans les vins, l'Académie ne reste donc pas au-dessous de la vérité. De même il est erroné de prétendre qu'une dose plus élevée de sulfate de potasse est nécessaire pour la conservation des vins. Un très grand nombre des chambres syndicales agricoles sont d'avis que l'on ne dépasse pas la dose maxima de 2 grammes par litre. La commission n'a donc pas à modifier sa première conclusion qu'elle soumet de nouveau à l'approbation de l'Académie.

En conséquence, l'Académie émet l'avis que la présence du sulfate de potasse dans les vins du commerce, quelle qu'en soit l'origine, ne doit être tolérée que jusqu'à la limite maxima de 2 grammes par litre.

En outre la commission exprime le vœu que la circulaire de M. le garde des sceaux, ministre de la justice, en date du 27 juillet 1880, reçoive une application effective.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité. (*Applaudissements*).

Du traitement des anévrysmes par la filipuncture. — M. *Verneuil* continue la lecture de son mémoire, commencée dans la dernière séance. Cette lecture sera terminée mardi prochain, nous donnerons alors les conclusions du travail.

La séance est levée à 5 heures un quart.

BIBLIOGRAPHIE

La phthisie pulmonaire, par *H. Hérard, V. Cornil, V. Hanot*, 2e édition revue et augmentée, grand in-8 de 841 pages, Paris F. Alcan, 1888.

Depuis la première édition de cet ouvrage, publiée en 1866 par H. Hérard et V. Cornil, l'étude de la phthisie pulmonaire a fait d'immenses progrès. Lors de la première édition, nous disent les auteurs, la conception anatomo-pathologique de Laennec était attaquée de différents côtés, battue en brèche par les travaux des pathologistes allemands, par Virchow et Niemeyer en particulier. L'inoculabilité des produits tuberculeux, après un premier moment de surprise et d'incrédulité, était vivement discutée, mais beaucoup de médecins hésitaient à leur reconnaître un caractère spécifique. Aujourd'hui les doutes, les obscurités, ont disparu. L'œuvre de Laennec est sortie triomphante de toutes les attaques, de toutes les critiques, l'unité de la phthisie n'est plus contestée ; les idées de Villemin sont universellement acceptées, et elles ont reçu une éclatante consécration de cette autre grande découverte dont l'honneur revient à

35e Année. — Tome 1, N° 84 Jeudi 12 Juillet 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 11 *juillet* 1888.

M. le Dr Cerné, chirurgien de l'Hospice général de Rouen, a communiqué à l'Académie les résultats de ses recherches sur l'érysipèle infectieux et sur la bronchopneumonie érysipélateuse d'emblée. L'érysipèle est causé par un microbe qui peut proliférer dans la peau où il produit l'érysipèle cutané, ou se développer dans les poumons où il produit des bronchopneumonies infectieuses, des pneumonies bâtardes.

Dans la dernière séance de l'Académie, M. Kirmisson avait montré les avantages du cathétérisme permanent dans le rétrécissement cancéreux de l'œsophage ; M. Nicaise revient dans cette séance sur la même affection en proposant au contraire la gastrostomie. Il n'est pas douteux que le cathétérisme intermittent ne favorise le développement du cancer de l'œsophage et ne soit la source de nombreux dangers, car il peut provoquer des fausses routes et même parfois la mort du malade. Pour éviter ces accidents, M. Nicaise conseille de pratiquer la gastrostomie ; mais pour cela il ne faut pas attendre que le malade soit devenu cachectique, il faut opérer dès que le rétrécissement de l'œsophage ne permet plus une alimentation suffisante. La gastrostomie faite dans ces conditions peut donner aux malades une survie assez considérable.

M. Constantin Paul a étudié la saccharine au point de vue de ses propriétés antiseptiques. Cette substance, dit M. C. Paul, n'est pas un poison, puisque des diabétiques et des individus bien portant ont pu en absorber pendant longtemps des doses considérables sans accident et même sans éprouver des phénomènes digestifs, mais elle doit rester un médicament sans entrer dans l'alimentation journalière. Des recherches faites par MM. C. Paul et Marfan montrent, d'autre part, que la saccharine arrête la fermentation ammoniacale des urines et empêche le développement du bactérius termo, du staphylococcus aureus et de quelques autres microbes. La saccha-

MM. Cornil, Legroux, Troisier. — 5ᵉ examen, doctorat (2ᵉ partie), Hôtel-Dieu (2ᵉ série) : MM. Bouchard, Proust, Ballet.

Thèses pour le doctorat. — *Jeudi* 19, à 1 heure. — M. Maurel : De l'épithélioma vulvaire. *Président* ; M. Richet. — M. Gache : Traitement de l'hypertrophie amygdalienne par le termo-cautérisation. — *Président* : M. Lannelongue. — M. Bentjac : De quelques phénomènes observés à la suite des opérations pratiquées sur l'abdomen. *Président* ; M. Lannelongue. — M. Fugairon ; Topographie médicale du canton d'Ax. *Président* ; M. Proust. — M. Linn : De l'habitude et de ses rapports avec l'hygiène et la thérapeutique. *Président* : M. Proust.

NÉCROLOGIE

Le Dr Ducoux, pharmacien à Poitiers.

NOUVELLES

Le Conseil municipal de Paris, sur le rapport de M. le Dr Chautemps, vient d'émettre un avis favorable à l'installation d'une clinique obstétricale à la Maternité et de voter dans ce but une somme de 274,256 fr. 46 c.

Faculté de médecine de Lille. — M. Debierre, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Étude clinique sur la fièvre du goître exophtalmique, et comparativement sur les fièvres spéciales à quelques autres névroses, par le Dr Henri Berdoye, ex-interne des hôpitaux de Lyon et de la clinique d'accouchements de la Faculté. Paris, 1888, gr. in-8° de 125 pages. 2 fr. 50.

L'École de Salerne et les médecins salernitains, par Georges Bécavin, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — Paris, 1888, gr. in-8° de 127 pages, 2 fr. 50.

Scènes de la vie médicale, par Jules Cyr, médecin inspecteur adjoint à Vichy. — 1888, 1 vol. in-16 de 300 pages, 3 fr. 50.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

y ait déplacement, dit Malgaigne, aucun chirurgien ne saurait promettre une réunion exempte de difformité. Ce n'est pas qu'une consolidation régulière soit absolument impossible. J'ai cité des cas où il n'y avait pas de déplacement, où la réunion s'était faite, même sans appareil, et plusieurs chirurgiens m'ont dit avoir guéri sans difformité des fractures dont les fragments s'étaient primitivement déplacés. Je regarde donc la chose comme possible, bien que pour mon compte je n'en aie jamais vu d'exemple. »

Le même chirurgien ajoute que, pour tenter d'obtenir une réunion sans difformité, « il faut condamner le sujet au décubitus sur le dos durant trois semaines, le coude assujetti sur les cotes ou en avant de la poitrine, le bras étant également fixé, la tête retenue immobile sur l'oreille, et enfin la main d'un aide intelligent appliquée à demeure sur les deux fragments. »

Mayor obtint dans un cas, par ce moyen, une consolidation parfaite.

Follin donne des conseils à peu près analogues : « On doit essayer de traiter ces fractures, au moins pendant une quinzaine de jours, par le décubitus dorsal au lit, la tête immobilisée sur un oreiller, et les bras fixés le long du corps. C'est à ce prix qu'on a pu obtenir des consolidations sans déplacement. »

Il y a loin de ces procédés difficiles et pénibles à l'appareil si simple que nous avons employé, et qui n'est d'ailleurs autre que celui d'Albucasis, Lanfranc, Guy de Chauliac, Paré, Syme, Sçay.

Il me semble avoir un certain nombre d'avantages qui doivent le faire préférer dans une assez grande quantité de cas.

Il répond bien à l'indication capitale de tout appareil de fracture de clavicule, qui est de porter l'épaule en arrière, indication si importante que lorsqu'elle est remplie celle de porter l'épaule en haut devient bien moins utile. Portant l'épaule en arrière, il me semble qu'il remplit par cela même la troisième des indications posées par Malgaigne, qui est de porter le fragment externe en dehors. L'écharpe qui le complète porte en haut ce fragment externe ; de plus, en immobilisant le bras du côté blessé, elle empêche la communication aux fragments des mouvements qui pouvaient déranger la réduction et nuire à la réunion.

Sans doute d'autres appareils sont capables de remplir les mêmes indications, mais ils présentent à un moindre degré les avantages suivants :

1° Ne pas gêner le malade. Avec l'appareil en huit de chiffre, le décubitus dorsal est facile ; la respiration n'est pas gênée. On peut toujours éviter par une bonne couche d'ouate les écorchures axillaires, et en partie au moins, par le même moyen, la compression des vaisseaux qui

entraîne l'œdème du membre. De même on évitera la douleur à la nuque. A ce point de vue, mon malade, qui avait une contusion violente de cette région, et à qui on avait appliqué des sangsues à ce niveau, se trouvait dans de mauvaises conditions : il ne s'est pourtant plaint que pendant quelques jours. Enfin, avec le huit de chiffre, le malade peut se lever, se promener, ce qui n'est pas sans importance.

2° Être facile et rapide à appliquer.

3° Ne nécessiter pour sa confection que de l'ouate et une bande de toile.

Le plus grave reproche qu'on ait fait à l'appareil en huit de chiffre est de se desserrer facilement. On a vu que, dans notre cas, nous avions été obligés d'appliquer deux fois l'appareil ; ce renouvellement n'a nui en rien au résultat, et prend moins d'importance par la facilité de l'application.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

NOUVELLES ÉTUDES SUR LE RÔLE DE LA PRÉDISPOSITION NERVEUSE DANS L'ÉTIOLOGIE DE LA PARALYSIE FACIALE DITE *a frigore*, par le Dr E. *Neumann* (*Archives de Neurologie*, mai 1888). — Dans un premier mémoire analysé dans ce journal (*France médicale*, 29 octobre 1887), M. Neumann a cherché à démontrer que le froid n'était qu'un facteur secondaire et accessoire dans l'étiologie de la paralysie faciale dite *a frigore* et que la véritable cause à incriminer n'était autre que la prédisposition nerveuse héréditaire.

Le nouveau travail publié par M. Neumann vient confirmer cette doctrine et corroborer de tous points les premières conclusions de l'auteur qui s'appuie aujourd'hui sur un total de 41 cas de paralysie faciale. L'histoire des malades, l'histoire de leurs ascendants et de leurs collatéraux, le caractère d'affection familiale que la maladie peut revêtir dans certains cas, la possibilité de la transmission héréditaire directe dont l'auteur relate un exemple si frappant, constituent autant de preuves et de témoignages en faveur du rôle capital que joue la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de l'hémiplégie faciale appelée *a frigore*.

Précisant plus encore que dans son premier mémoire les liens qui unissent la paralysie faciale aux autres maladies du système nerveux, M. Neumann estime que la paralysie de la septième paire est parente à un degré beaucoup plus rapproché des vésanies et des névroses que des autres membres de la famille neuropathologique.

E. DESCHAMPS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 *juillet* 1888. — *Présidence de* M. Hérard.

Recherches sur l'érysipèle infectieux et la bronchopneumonie érysipélateuse d'emblée. — M. le Dr *Cerné* (de Rouen) lit un travail qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° L'érysipèle peut présenter des déterminations viscérales qui reconnaissent pour cause la diffusion dans les organes du micro-organisme dont la prolifération dans la peau a produit l'érysipèle cutané.

2° Le microbe de l'érysipèle peut se développer d'emblée dans les poumons. Y est-il apporté directement par l'air ou gagne-t-il de proche en proche, introduit dans les premières voies par exemple par les aliments ? Il serait tout aussi difficile de se prononcer dans ce cas que pour d'autres micro-organismes où la question a déjà été agitée.

3° Il paraît se produire dans ces cas une infection extrêmement rapide et particulièrement grave.

4° Il y a lieu d'admettre que ces bronchopneumonies infectieuses, pneumonies bâtardes, peuvent être produites soit par la contagion de véritables érysipèles, soit peut-être aussi par d'autres organismes infectieux qu'on doit rechercher quand ces broncho-pneumonies coïncident avec l'existence d'une maladie infectieuse quelconque.

De la gastrostomie dans le rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — M. *Nicaise* résume l'observation d'un homme de 75 ans, atteint de cancer de l'œsophage, qui entra dans son service dans un état d'affaiblissement et d'amaigrissement extrême ; il ne pesait que 42 kilogs. Le début de son cancer paraissait remonter à 18 mois. Le cathétérisme de l'œsophage ne put être fait, la sonde était arrêtée à 33 centimètres au-dessus du cardia. L'alimentation était devenue tout à fait impossible.

L'opération de la gastrostomie fut faite le 22 mars. Le septième jour, les forces étaient déjà bien revenues et la sensation de la faim avait reparu. L'amélioration a continué et le malade a augmenté de 4 kilogs. Cependant ce malade s'est affaibli pendant le mois de juillet et il a succombé le 1er septembre, cinq mois et dix jours après l'opération.

M. Nicaise insiste sur l'utilité de la gastrostomie dans le rétrécissement cancéreux de l'œsophage. Le cathétérisme de l'œsophage présente en effet des inconvénients et des dangers ; l'opération est souvent douloureuse et mal supportée, les exemples de fausses routes ne sont pas rares et la mort en est parfois la conséquence.

La gastrostomie, dans les cas de rétrécissement cicatriciel, donne d'excellents résultats ; pour avoir les mêmes résultats dans les cas de rétrécissement organique, il ne faut pas attendre la cachexie cancéreuse. Il ne faut donc pas juger la gastrostomie d'après les statistiques actuelles, mais d'après la marche générale des opérations faites sur l'abdomen. De plus après la gastrostomie, le cancer ayant cessé d'être irrité par le passage des aliments et de la sonde, s'améliore quelquefois, et suit une marche moins rapide, comme cela se passe pour le cancer du rectum. Tant que le malade peut ingérer quotidiennement la quantité de nourriture qui lui est nécessaire, il n'y a pas lieu d'intervenir, mais dès que l'obstacle mécanique empêche l'ingestion des aliments, on devrait alors procéder à l'opération, puisqu'il n'y a pas d'espoir de voir revenir la déglutition normale.

De la saccharine considérée comme antiseptique. — M. *Constantin Paul.* Des malades ou des gens bien portants ont pu prendre pendant quelque temps d'énormes doses de saccharine sans inconvénient. La saccharine n'est donc pas toxique. Le seul reproche que MM. Worms et Dujardin-Beaumetz lui ont fait, c'est de troubler la digestion. Cependant M. C. Paul a des malades diabétiques qui prennent depuis cinq mois de la saccharine sans en éprouver de troubles digestifs. La saccharine laisse faire certaines fermentations et en arrête d'autres. Les expériences faites par M. Marfan, interne de M. C. Paul, ont donné les résultats suivants :

La saccharine à 1/200 est susceptible d'arrêter la fermentation ammoniacale des urines.

Elle n'a pas d'action sur certains bacilles, mais elle arrête le développement du bactérium termo, du staphylococcus aureus et de quelques autres microbes.

A la dose de 1/300, elle retarde mais n'empêche pas complètement le développement du staphylococcus de la fièvre puerpérale.

La saccharine est un excellent antiseptique pour la bouche. A la dose de 6 0/0, c'est un très bon dentifrice, dont on mettra un centimètre cube dans un demi-verre d eau.

La saccharine peut également permettre de faire des tisanes antiseptiques, mais il est juste d'ajouter que ces tisanes n'ont aucune action sur le bacille de la fièvre typhoïde, par exemple.

En raison de son action sur la fermentation de l'urée, la saccharine pourrait être substituée à l'acide borique dans le lavage de la vessie.

Du plâtrage des vins. — M. *Marty* analyse les lettres et les documents envoyés à l'Académie depuis la dernière discussion sur le plâtrage des vins. Il a analysé des échantillons de vins d'Argenteuil, récoltés sur d'anciennes carrière de plâtre ; deux échantillons contenaient l'un 20 centigrammes, l'autre 30 centigrammes de sulfate

jambes. La vessie est paralysée, l'urine s'écoule par regorgement, elle est purulente et ammoniacale ; cependant, malgré une cystite évidente, la malade ne souffre que très peu de la vessie : elle n'a même pas de sentiment de cuisson au moment de l'émission de l'urine.

Le rectum est également paralysé, la constipation est absolue ; il n'y a cependant pas encore d'incontinence de matières fécales.

L'examen de la malade est difficile en raison de son embonpoint énorme, augmenté encore par un certain degré d'œdème. L'épaisseur de la paroi abdominale est telle qu'il est impossible d'explorer la cavité abdominale. La seule constatation qui soit certaine est l'augmentation de volume du foie qui déborde évidemment les fausses côtes et occupe une partie du flanc droit. L'utérus paraît sain, et il ne semble pas qu'il y ait de tumeur dans le petit bassin ; le toucher vaginal n'indique rien d'anormal.

Les autres organes paraissent absolument sains ; la respiration est bonne partout : la malade ne tousse pas, n'est point oppressée et n'a pas de palpitations. L'auscultation du cœur et des poumons ne révèle aucune lésion.

Il n'existe point de douleur en ceinture ni de point fixe rachidien. Les membres supérieurs ne sont nullement paralysés et l'intelligence est nette.

En présence de ces symptômes, le diagnostic posé est le suivant :

Paraplégie due vraisemblablement à une compression de la partie inférieure de la moelle et de la queue de cheval, par une tumeur de nature indéterminée.

La marche des accidents fut très rapide. Dès le 15 avril, une eschare au sacrum, complètenent indolente du reste, se produisait, et elle ne tardait pas à prendre une extension considérable entretenue par le contact de l'urine et des matières fécales. La paralysie rectale était maintenant complète.

Les troubles sensitifs, d'abord limités à la partie postérieure et externe des membres inférieurs, se généralisaient à toute la surface tégumentaire : le 20 avril, l'anesthésie était complète.

A partir de ce moment, l'état général s'aggrave, la fièvre s'allume, il y a évidemment de la néphrite et de la septicémie urineuse. La malade succomba le 7 mai dans le coma.

L'autopsie révèle les désordres suivants. En ouvrant l'abdomen, on tombe sur un foie énorme (6 kilogr.), irrégulier et bosselé, occupant tout le flanc droit. La surface convexe de l'organe est sillonnée par une incisure profonde qui pénètre au tiers de son épaisseur. Sur sa face inférieure, à gauche du ligament suspenseur, existe une grosse poche du volume du poing, à parois épaisses et fibreuses. Cette poche

renferme un kyste hydatique ancien, rempli de détritus gélatiniformes purulents. Au voisinage de ce kyste, un peu en arrière, se voit une autre poche de la grosseur d'une noix, contenant des débris exactement analogues.

Bien que ce kyste hydatique soit immédiatement contigu à la vésicule biliaire, il n'y a point de gêne de la circulation de la bile, et la malade n'a jamais présenté d'ictère.

Le parenchyme hépatique est mou, jaunâtre, et manifestement atteint de dégénérescence graisseuse.

Les autres organes abdominaux sont sains : rate petite et dure, intestin normal. L'utérus est petit : l'ovaire gauche présente un kyste gros comme une orange ; ce n'est pas un kyste hydatique, mais un kyste ovarien ordinaire ainsi que l'a montré l'examen du liquide et de la paroi.

La vessie présente les lésions classiques de la cystite chronique : la muqueuse est épaissie, tomenteuse, ardoisée, sur quelques points ulcérée. Les reins, en partie putréfiés, sont atteints de néphrite diffuse.

L'ouverture du thorax révèle dans les poumons des désordres inattendus.

A la surface du poumon droit se voient cinq noyaux dont les dimensions varient du volume d'une noisette à celui d'une noix. Ce sont de petits kystes hydatiques récents renfermant un liquide transparent et des vésicules secondaires de très petites dimensions. Ces kystes sont irrégulièrement disséminés à la périphérie du poumon, pas au centre du parenchyme : le plus volumineux est situé sur la face diaphragmatique du lobe inférieur, mais sans aucune continuité avec le kyste du foie.

Dans le poumon gauche existent des kystes de même apparence, plus nombreux qu'à droite : on peut en compter huit. Quatre occupent le sommet, trois la partie moyenne ; le dernier, du volume d'une noix, répond à la face inférieure diaphragmatique.

Il est à remarquer que tous ces kystes n'ont donné lieu à aucun phénomène irritatif de la part du parenchyme ; le tissu pulmonaire n'est ni épaissi, ni enflammé autour de ces tumeurs, ce qui explique l'absence complète des symptômes et le silence des signes stéthoscopiques.

Le cœur est sain.

L'examen de la région sacrée donne l'explication des phénomènes de paraplégie.

Au niveau de la fesse droite existe un kyste hydatique du volume du poing, étendu sous les muscles fessiers profonds. De semblables

kystes, paraissant indépendants du premier, remontent sous les muscles sacro-lombaires, jusqu'au carré des lombes.

La lésion la plus profonde siège au niveau du sacrum. Toute la masse osseuse du sacrum, la partie avoisinante des deux os coxaux et la dernière vertèbre lombaire sont envahis par des centaines d'hydatides. Le sacrum surtout est transformé en une sorte de tissu spongieux friable, rempli de petites hydatides grosses comme des grains de raisin, qui s'en échappent de toutes parts. Tous les filets de la queue de cheval sont détruits et réduits à l'état de filaments grisâtres, ramollis, qui s'en vont en lambeaux quand on cherche à les disséquer. C'est là évidemment la lésion primitive des centres nerveux, celle qui a occasionné la sciatique initiale et la paraplégie.

Le renflement lombaire de la moelle est devenu secondairement malade. Il est transformé en une sorte de bouillie purulente et complètement détruit. Des hydatides récentes se voient à ce niveau dans le canal vertébral.

Au dessus, la moelle est saine, mais très congestionnée.

Cette observation offre quelques points intéressants à relever.

D'abord la généralisation de kystes hydatiques secondaires dans plusieurs organes, alors que la poche mère, celle du foie, était depuis longtemps dégénérée. Bien qu'il paraisse vraisemblable de supposer que le kyste du foie ait été le point de départ initial de la dissémination des tumeurs secondaires, il n'est pas sans intérêt de faire remarquer qu'il était parfaitement clos et sans communication apparente avec le système circulatoire. Il n'y avait pas non plus d'autre poche hydatique dans la cavité abdominale, ce qui se voit fréquemment quand le kyste primitif s'est rompu et a laissé échapper des vésicules filles dans la cavité péritonéale. Ce n'était pas le cas ici.

Cliniquement, la localisation de la lésion (quelle qu'elle fût d'ailleurs) à la région de la queue de cheval avait été soupçonnée en raison de la singulière disposition de l'anesthésie des membres inférieurs. En effet, celle-ci était absolue à la région fessière et sacrée, ainsi que sur toute la partie postérieure des membres inférieurs : elle était complète également au niveau des organes génitaux. Au contraire la sensibilité reparaissait sans être absolument parfaite au niveau de la face interne des cuisses et des jambes ainsi qu'à la région obturatrice : la circonscription de tégument innervée par le crural et le nerf obturateur semblait donc avoir échappé aux causes de compression qui portaient sur le plexus sacré et les origines du sciatique. Or, c'est là un point intéressant de topographie nerveuse sur laquelle a insisté récemment un auteur anglais, Thorburn (Brain. Janv. 1888. p. 380) et qui permet de diagnostiquer la localisation des lésions à la queue de cheval. Chez notre malade, l'extension des

désordres de la moelle lombaire produisit bientôt la généralisation de l'anesthésie à tout le membre inférieur, mais au début, ce symptôme était assez net pour que nous ayons pu affirmer l'antériorité de la lésion de sacrum par rapport à celle du renflement lombaire.

CHIRURGIE MILITAIRE

Sur les effets des armes nouvelles (fusil modèle 1886, dit Lebel) et des balles de petit calibre à enveloppe résistante.

Par MM. CHAUVEL et NIMIER (1).

Nos expériences, faites à l'amphithéâtre des hôpitaux, au mois de février dernier, grâce à la bienveillance de M. Tillaux et avec le concours de nos collègues de l'armée, MM. les Drs Breton et Pesme, confirment en partie les résultats communiqués par nous, en février 1887, à la Société de chirurgie, et les complètent. Pratiquées avec des charges *réduites*, à toutes les distances, depuis 2,000 mètres jusqu'à bout portant, elles sont antérieures aux recherches analogues de M. Delorme, dont les conclusions, du reste, ne diffèrent que peu des nôtres.

Voici un résumé succinct de nos observations :

1° *Lésions cutanées.* — *a.* Les ouvertures d'entrée sont arrondies, taillées à l'emporte-pièce, d'un diamètre parfois égal, mais plus souvent inférieur à celui du projectile ; elles sont d'autant plus petites que la vitesse est plus grande.

b. Les ouvertures de sortie sont irrégulières, en fente, en étoile, et d'un diamètre plus variable ; mais elles sont presque toujours insuffisantes pour permettre l'exploration digitale.

2° *Tissus fibreux.* — Les perforations, fentes, déchirures, sont d'ordinaire plus petites que les ouvertures cutanées.

3° *Nerfs, muscles, tendons.* — Les nerfs, comme les tendons, échappent facilement à l'action des projectiles. Si la balle frappe un muscle perpendiculairement à la direction de ses fibres, elle y creuse un canal d'autant plus large que la distance est plus rapprochée ; si elle atteint le corps charnu très obliquement, parallèlement à ses faisceaux, le trajet est étroit, tellement étroit, qu'il peut échapper aux recherches.

4° *Vaisseaux.* — Les artères et les veines sont perforées, échancrées ou coupées nettement, les bouts sectionnés restent béants dans la plaie, les tuniques divisées ne se rétractent pas sensiblement.

---

(1) Note présentée par M. Larrey à l'Académie des sciences.

5° *Os spongieux.* — La balle, par *pression directe*, broie les tissus spongieux (sillons, gouttières, canaux); par *pression latérale*, elle les fait éclater, et cet éclatement se traduit par des fissures radiées et concentriques, par des esquilles longitudinales, au voisinage de la perforation et principalement au trou de sortie.

6° *Os compacts.* — La même action se traduit ici par la formation de longues fissures, aux grandes distances, sans destruction étendue du périoste, par le broiement de l'os, de la moelle, la multiplicité et la disjonction des esquilles de 600 mètres et en deçà.

7° *Arrêt, déformation des balles.* — Dans aucune de nos expériences, même à 1,800 et 2,000 mètres, le projectile, si grande qu'ait été la résistance, ne s'est arrêté dans les parties frappées; dans aucune de nos expériences, les balles ne se sont divisées, aplaties ou même sensiblement déformées par le choc sur les os les plus résistants. A l'avenir, la chirurgie n'aura plus à se préoccuper de la recherche et de l'extraction des balles.

8° *Comparaison avec les anciennes balles.* — Comparés aux balles de plomb dur ou mou, essentiellement déformables, les projectiles à enveloppe résistante du fusil Lebel ont l'avantage : (*a*) se déformant à peine et exceptionnellement, de ne produire d'*effets explosifs* qu'aux distances très courtes, 200 mètres et en deçà; (*b*) de faire dans les parties molles des trajets rectilignes, plus étroits, moins contus; (*c*) de ne pas s'arrêter dans les chairs. Il est vrai que les lésions osseuses qu'elles produisent nous ont semblé plus considérables pour les longues distances, surtout dans les os compacts et résistants; mais, en somme, si dans les guerres futures, le nombre des blessés est plus grand, les blessures seront parfois moins sévères, et la chirurgie conservatrice continuera de s'exercer dans des conditions favorables, si elle sait être résolument antiseptique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 juillet 1888. — *Présidence de* M. Polaillon.

Trépanation de la voute du crane. — *M. Monod* cite en faveur de la trépanation le fait d'un homme entré dans son service avec un enfoncement de la région frontale, suivi d'un coma profond. Deux jours après, on appliqua une couronne de trépan, le malade reprit connaissance et guérit en quinze jours.

Injection d'éther iodoformé dans les abcès froids. — *M. Verneuil* fait remarquer que la quantité de 100 grammes d'éther iodoformé injectée par M. Houzel est excessive; la quantité de liquide

doit être proportionnelle à la capacité de la poche. La solution à 10 p. 100 est, suivant le professeur de la Pitié, un peu trop forte. Il s'est toujours servi de la solution à 5 p. 100, qui lui a paru suffisante. Il n'a jamais eu le moindre accident. Une fois l'injection fut suivie, dans le traitement d'un abcès de la fosse iliaque, de vives douleurs provoquées probablement par l'action de l'éther sur le nerf crural. On a aussi mentionné des vomissements, des troubles digestifs occasionnés par l'usage de l'iodoforme dans le pansement des plaies. M. Brun a traité cette question avec de longs détails dans sa thèse et M. Verneuil ne veut point y revenir. Ces accidents sont sous la dépendance de lésions viscérales qui excitaient peut-être avant l'emploi de l'iodoforme. Quoi qu'il en soit, il y a là une indication thérapeutique et on ne doit prescrire l'iodoforme qu'après avoir exploré les différents viscères.

Epithélioma du nez. Polype naso-pharyngien. Polype utérin. Résection du coude. Trépanation du crane. — *M. Ledru* (de Clermont-Ferrand). *Rapport.* — *M. Kirmisson.* La première de ces observations ne présente rien de particulier ; l'opération a été suivie de guérison.

L'extirpation du polype naso-pharyngien a été pratiquée par la voie maxillaire et a été suivie de fonte purulente du globe oculaire.

Le polyte utérin, accompagné d'hémorrhagies abondantes, a été enlevé sans peine.

Quant à la résection du coude, elle a présenté ceci d'intéressant qu'elle a été faite chez un syphilitique. Le nerf cubital fut sectionné pendant l'opération.

La dernière observation est la plus intéressante et a trait à une fracture du crâne causée, en 1874, par un coup de pioche reçu au niveau du pariétal gauche.

Perte de connaissance, plaie simple montrant un petit orifice creusé dans l'os; plus tard engourdissement des trois derniers doigts de la main droite. Seize mois après, crises épileptiformes avec aphasie incomplète. Trépanation, ablation de seize esquilles provenant des deux tables du pariétal. Nouvelles crises, deuxième intervention; la dure mère ouverte laisse écouler un flot de pus. La guérison se produit alors. On se demande pourquoi l'intervention a été si retardée.

Myome pédiculé du col utérin. — *M. Le Fort* expose l'histoire d'une femme qu'il a reçu ces jours derniers dans son service pour une tumeur datant de quatorze ans et qui, seulement depuis un mois, était devenue douloureuse. Cette tumeur pouvait faire penser à une rectocéle vaginale. Sur sa face antérieure elle présentait un orifice qui donnait issue à un peu de pus et qui conduisait dans une poche

située en arrière. L'utérus n'était pas déplacé et, par le rectum intact, on percevait la limite supérieure de la tumeur. M. Le Fort pensa qu'il s'agissait d'une inflammation banale et incisa largement au niveau de la poche; mais devant la nature des parois, il crut que c'était un vieil hématome; il voulut alors l'isoler et trouva un pédicule qui reliait cette tumeur à l'utérus. Il le sectionna, enleva les parties malades. L'examen histologique a montré que c'était un myome utérin qui avait cheminé dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale. Ce fait est rare, pourtant M. Le Fort se rappelle en avoir observé un analogue avec M. Verneuil; c'était une femme qui portait à la vulve une tumeur dont l'aspect faisait songer à une inversion utérine.

M. Marc Sée a aussi énucléé un myome du volume d'une tête d'enfant qui sortait par la vulve et qui n'avait aucun rapport avec l'utérus.

Hémorrhoïdes internes. — Femme de 57 ans atteinte, il y a neuf ans, d'abcès rétro-utérins ouvert dans le rectum. Depuis, nombreuses hémorrhagies suivies d'anémie. Dans le cul-de-sac postérieur vaginal, tuméfaction indurée. Par le toucher rectal, à 5 centimètres de l'anus, tumeur dure, douloureuse. Examen par le spéculum de Trélat, découverte de l'orifice fistuleux et d'une grappe d'hémorroïdes internes situées à ce niveau.

Destruction des veines variqueuses par le thermo-cautère. Guérison. M. Schwartz communique ce fait parce qu'il pense qu'il y a un rapport entre le développement de ces hémorrhoïdes et l'ouverture de l'abcès rétro-utérin dans le rectum.

M. Trélat insiste sur les avantages de son spéculum qui permet de se rendre un compte parfait de ce qui existe. Grâce à cet instrument, il a pu reconnaître un petit épithélioma siégeant à 8 centimètres de l'anus et qui n'avait pu être découvert par le toucher rectal. On peut aussi explorer le rectum jusqu'à une profondeur de 12 centimètres. Quant à la disposition des hémorrhoïdes rencontrées par M. Schwartz, elle n'est pas très exceptionnelle et a été signalée par Allingham et Curling.

Kyste sanguin du corps thyroïde. — *M. Tillaux* présente une énorme tumeur kystique du corps thyroïde dont il vient de faire l'ablation. Ce fait est intéressant d'abord parce qu'on a pratiqué dans cette tumeur soixante-quatre injections de teinture d'iode; ensuite parce que ce kyste était hématique. Or dans ces cas, pour M. Tillaux, l'injection est une faute, l'ablation est la seule méthode de traitement en ayant soin de laisser une petite portion du corps thyroïde pour éviter la cachexie qui suit ces extirpations.

M. Trélat approuve ces principes de thérapeutique pour les kystes

sanguins, il opère même lorsque le diagnostic de kystes est bien établi.

Calcul de la vessie formé autour d'une tumeur villeuse, présenté par M. Nicaise qui l'a enlevé de la vessie d'un vieillard de 78 ans.

M. Terrier présente une tumeur fibreuse énorme développée dans le ligament large.

ENTRÉE DE L'AIR DANS LES VEINES. — *M. Reynier*, enlevant une masse ganglionnaire dans la région carotidienne, a entendu le bruit significatif de l'entrée de l'eau dans les veines. Pendant deux jours rien de particulier, le troisième jour le même bruit s'est produit et l'opéré est mort immédiatement. Perforation de la veine jugulaire interne.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ DES FIBROMES DE LA PAROI ABDOMINALE, par Léon *Labbé* et Charles *Rémy*. — Lecrosnier et Babé, édit. Paris, 1888.

Ce livre vient combler une lacune de la pathologie externe. En effet, si on peut en fouillant les revues périodiques, les journaux médicaux, retrouver nombre de faits de fibromes de la paroi abdominale, on chercherait en vain une monographie complète de la question que viennent de traiter, avec tous les développements que comporte une question non encore complètement traitée, MM. Labbé et Rémy. Ce travail réunit tous les faits publiés jusqu'à ce jour et M. Labbé a pu lui-même observer dix faits de fibromes de la paroi. Les tumeurs ont été examinées par M. Rémy, c'est-à-dire d'une façon attentionnée et soigneuse; les observations personnelles seules sont donc déjà un des éléments de valeur de ce livre qui en compte beaucoup d'autres.

L'historique de la question est divisé en deux périodes : la première de 1850 à 1860, pendant laquelle on retrouve quelques observations publiées isolément comme des curiosités pathologiques sans que les auteurs aient eu d'autre but que de faire connaître les faits qu'ils avaient eu l'heur de rencontrer. C'est dans cette période que l'on trouve les faits de Sappey, de Langenbeck, de Bouchacourt, de Santesson, de Paget. — La seconde période commence en 1860. Des rapprochements et de la comparaison des observations est déduite l'existence d'une affection particulière et non classée jusqu'alors. Les travaux d'ensemble apparaissent et le travail d'Huguier est cité en première ligne à cette époque. Il admettait la nature fibreuse de ces tumeurs, leur bénignité et leur croyait un rapport habituel avec les os d'où elles naîtraient suivant lui, et un rapport

accidentel avec le péritoine qui faisait reculer les chirurgiens de cette époque devant leur ablation.

Ajoutons qu'il posait en principe l'existence d'un pédicule qui fut à cette époque acceptée par la plupart des chirurgiens. Puis suivent les travaux de Bedin, de Nélaton et enfin le travail de Guyon qui marque une étape importante dans l'histoire des tumeurs.

D'autres faits soigneusement examinés, suivis de réflexions diverses, arrivent peu à peu à éclairer la question. MM. Labbé et Rémy citent les travaux de Nicaise, Tesveltus, Buntzel, et enfin les thèses de Guerrier et de Damalix pour le travail duquel, soit dit entre parenthèses, ils ont eu une appréciation qui nous a paru très sévère.

Le chapitre qui suit cet historique est consacré à l'étiologie. Les auteurs y étudient avec soin la fréquence de ces tumeurs, l'influence du sexe, de la grossesse, des traumatismes sur leur apparition et cherchent à démontrer par des observations, des faits, des réflexions judicieusement écrites, la théorie pathogénique de ces tumeurs en les regardant comme consécutives à des ruptures musculaires.

L'anatomie pathologique et les symptômes forment deux des grands chapitres du livre; nous ne pouvons malheureusement en donner une analyse, il faut lire ces pages si l'on veut en retirer profit. L'étude clinique ne peut être écourtée et tout résumé saurait mal rendre ce que l'on trouvera dans le volume de MM. Labbé et Rémy.

Le diagnostic a été étudié d'une manière originale. Les auteurs ont montré d'abord par quelle série d'hésitations ont passé les chirurgiens qui ont eu sous les yeux des faits analogues à ceux qu'ils étudient, puis ils ont cherché à montrer comment on pouvait reconnaître les adhérences péritonéales, le siège exact de la tumeur, sa nature, ses complications, etc.

Enfin 150 pages sont consacrées au traitement. L'extirpation est le meilleur et le seul moyen de guérir les malades. L'antisepsie a permis de moins redouter l'ouverture péritonéale et M. Labbé, dont l'expérience en matière d'incision abdominale est bien connue, était mieux que qui ce soit en mesure de donner les principes qu'il faut observer lorsque, dans l'ablation d'une de ces tumeurs, on a été amené à ouvrir la grande séreuse péritonéale.

Arrivé au terme de cette analyse, nous ne pouvons que répéter ce que nous disions au début : c'est un grand chapitre de la pathologie externe qui avait été passé sous silence, c'était une lacune considérable que MM. Labbé et Rémy ont su combler. On retrouve le grand sens clinique, l'expérience consommée, la pratique considérable et en même temps les connaissances histologiques et anatomo-pathologiques des auteurs qui ont écrit ce livre, et en ont fait une

monographie complète, intéressante, qui fixera définitivement l'histoire des fibromes de la paroi abdominale.

Dr F. VERCHÈRE.

NÉCROLOGIE

Le docteur BUISSON (A. S.), d'Evreux, reçu en 1851, chevalier de la Légion d'honneur.

Le docteur NÉRIS (Rémy), de St-Pierre-de-la-Martinique, chevalier de la Légion d'honneur.

NOUVELLES

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret en date du 5 juillet 1888, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Au grade de commandeur. — MM. les Drs Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine à Toulon ; Dauvé, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du 6e corps d'armée.

Au grade d'officier. — MM. les Drs Auffret et Allanic, médecins en chef de la marine ; Arnaud et Molinier, médecins principaux de première classe ; Durant, médecin principal de deuxième classe ; Malabard, Combier et Daguenet, médecins-majors de première classe ; Bouillard, pharmacien principal de première classe ; Duchaussoy, fondateur et secrétaire général de l'Association des dames françaises.

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Mahéo, Kermorvant, Le Texier, Vantalon, Giraud, Vergniaud et Clavel, médecins de première classe de la marine ; Le Janne, pharmacien de première classe de la marine ; Masméjean, deuxième maître infirmier de la marine ; Mariotte (de Sampigny), Pouget (de Laroquebron), Mergaut (de Bayon) ; Bros, Gabriel, Pau de Saint-Martin, Charier, Moine, Bourdon, Moty, médecins-majors de première classe ; Folie-Desjardins et Bernard, médecins-majors de deuxième classe ; Delahousse, pharmacien-major de première classe, les Drs Mariotte, de Sampigny (Meuse). — Mergaut, de Bayon (Meurthe-et-Moselle). — Pouget, de Laroquebron (Cantal).

LE RÉGIME ALIMENTAIRE DES HOPITAUX DE PARIS. — Le Conseil municipal a adopté l'ordre du jour suivant :

« M. le Directeur de l'Assistance publique est invité à prendre toutes les mesures pouvant assurer dans tous les hôpitaux et hospices une alimentation de première qualité et bien préparée. »

Cet ordre du jour était provoqué par une réclamation des pensionnaires de la Salpêtrière. Ceux-ci s'étant plaints de la défectuosité de leur alimentation, deux membres du Conseil s'étaient transportés à l'hospice et avaient constaté l'exactitude des réclamations.

M. le Directeur de l'Assistance a protesté contre l'exactitude de ces accusations. Les aliments donnés aux malades sont de premier choix. Sans doute, en raison de la distance des cuisines, ils arrivent souvent froids, ce qui est regrettable, mais l'installation d'un chemin de fer Decauville à la Salpêtrière remédiera incessamment à cet inconvénient.

Le 2 octobre M. le médecin-inspecteur général Didiot est atteint par la limite d'âge et passera dans le cadre de réserve.

Son successeur sera, parait-il, M. le médecin-inspecteur Colin, actuellement directeur du service de santé du gouvernement de Paris, fonctions qu'il exerce avec une grande autorité. M. Colin est le plus ancien des médecins inspecteurs et membre de l'Académie de médecine.

Il serait remplacé dans ses fonctions de directeur du service de santé du gouvernement de Paris par M. le médecin inspecteur Baudoin, qui est après M. Colin le plus ancien des médecins inspecteurs. M. Baudoin a été directeur du service de santé au ministère de la guerre, et s'est tiré à son honneur de cette tâche délicate. Son nom est attaché à la transformation antiseptique du matériel du service de santé.

Ces deux nominations seront accueillies avec plaisir dans le corps de santé.

Le service de santé a la revue du 14 juillet. — Jusqu'à présent, dans les revues, le service de santé n'était pas représenté en tant que service spécial et autonome. Cette lacune ne se renouvellera pas cette année à la revue du 14 juillet.

Le ministre de la guerre a décidé qu'une ambulance divisionnaire prendrait part à cette cérémonie. Elle comprendra 2 pelotons d'infirmiers à 24 files, 24 mulets de bât, dont 18 porteurs de cacolets et 6 porteurs de litières, 18 voitures du service de santé, tant pour le transport du matériel que pour celui des blessés.

Elle sera sous les ordres du médecin principal de 2e classe Gentil. Cette désignation était toute indiquée et revenait de droit au Dr Gentil, qui, médecin-chef d'une ambulance au Tonkin, a reçu deux coups de feu à la poitrine sur le champ de bataille. *(Bul. Méd.)*

Bulletin de la mortalité *du* 1er *au* 7 *juillet* 1888. — Fièvre typhoïde, 23. — Variole, 5. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 7. — Diphtérie, Croup, 24. — Phthisie pulmonaire, 182. — Autres tuberculoses, 27. — Tumeurs cancéreuses et autres, 57.

Méningite, 19. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 44. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 43.

Bronchite aiguë et chronique, 23, — Broncho-pneumonie et pneumonie, 83.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 72.

Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 21. — Sénilité, 18. — Suicides et autres morts violentes, 12. — Autres causes de mort, 158. — Causes inconnues, 8.

Nombre absolu de la semaine : 843. — Résultat de la semaine précédente : 841.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris, — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.


AFFECTIONS DU CŒUR & DE LA RESPIRATION
Asthme, Affections valvulaires du cœur, Hypertrophies du cœur, Emphysème, Catarrhes pulmonaires, Palpitations, Oppressions et gêne de la respiration
VIN CARDIAQUE
Du Dr SAISON,
Pharmacien de 1re classe.
Sulfate de Spartéine, Convallamarine et Iodure de potassium
Gros : 11, rue de la Perle, PARIS

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE, — TOME I. N° 33. MARDI 17 JUILLET 1888

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE. . . . . 15 fr.
UNION POSTALE. . . 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dʳ BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 83 Mardi 17 Juillet 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Observations d'accouchement prématuré provoqué au moyen d'un ballon excitateur et dilatateur volumineux et incompressible.

Par M. Lefebvre
Interne des hôpitaux (1).

Désirant s'assurer au moment de provoquer plusieurs accouchements chez des femmes à bassin rétréci un moyen certain de déterminer le travail et voulant faciliter toute intervention immédiate en cas de besoin, M. Champetier de Ribes a fait construire par MM. Galante un ballon dont je fais passer devant vos yeux un spécimen.

Le volume de ce ballon peut paraître excessif. Son application n'a jusqu'ici présenté aucune difficulté.

Le ballon est fait de soie mince doublée d'une mince feuille de caoutchouc. Il est donc incompressible puisqu'il est gonflé avec un liquide antiseptique, de plus il est imperméable. Le tissu de soie a pour but de lui garder une forme constante.

Vide et plié, c'est-à-dire tel qu'on l'introduit, la circonférence ne dépasse pas 3 centimètres. On le fait facilement passer à travers une bague étroite.

Une fois rempli, sa forme est celle d'un cylindre de 4 centimètres de hauteur fermé en haut par une surface légèrement convexe, tandis qu'en bas il est surmonté d'un cône de 5 à 6 centimètres de hauteur. Le sommet du cône se prolonge par un tube de remplissage de même substance que le ballon et ayant 6 millimètres de diamètre.

Le diamètre du ballon est de 7 cent. 1/4, sa circonférence de 24 centimètres, la hauteur totale de 10 centimètres et sa capacité est de 360 centimètres cubes.

Toutes les fois que le ballon a été introduit, il a été soigneusement lavé et il est resté plongé pendant une demi-heure au moins

(1) *Communication à la Société clinique de Paris.*

dans une solution phéniquée à 5 p. 100 avec laquelle il est également gonflé. Le liquide de remplissage est soigneusement conservé ; on y ajoute même une légère quantité de la même solution. La quantité de liquide introduite est donc fixée à l'avance et, une fois introduite, le volume du ballon est connu. C'est avec le même ballon que les trois accouchements que nous rapportons ont été provoqués.

Obs. I. — H... entre dans le service d'accouchements de la Charité, le 25 avril 1888, enceinte pour la première fois. On ne trouve chez elle aucune trace de rachitisme sauf peut-être une légère asymétrie du front.

Ses dernières règles datent du mois d'août 1887. Elle a commencé à percevoir les mouvements actifs du fœtus à la fin de décembre.

Nous avons devant nous une femme un peu maigre, de taille moyenne, qui tousse habituellement et qui présente de la submatité dans la fosse sous-claviculaire avec affaiblissement du murmure vésiculaire.

Les seins sont assez volumineux, l'aréole pigmentée, les tubercules de Montgommery sont bien développés. Le mamelon est ombiliqué, l'abdomen est volumineux, la ligne brune est très marquée ; l'ombilic est complètement effacé, on constate des vergetures à la partie inférieure de l'abdomen.

Au palper, on trouve l'utérus remontant à six travers de doigt au-dessus de l'ombilic, le sommet est au-dessus du détroit supérieur, le fœtus est très mobile, le ballottement céphalique facilement perceptible au-dessus de la symphyse pubienne. La position est en O I G P.

A un examen pratiqué deux heures et demie après le précédent on trouve le front à gauche et en avant, le dos est très en arrière, le siège est dans la corne droite de l'utérus. En déprimant très fortement la paroi abdominale du côté droit on arrive sur le plan latéral gauche du fœtus.

Auscultation. — Le maximum des bruits du cœur est perçu au-dessus de l'ombilic du côté droit, à 6 ou 7 centimètres de la cicatrice ombilicale.

Toucher. — Le doigt introduit dans le vagin arrive sur le col qui est complètement ramolli, il a une longueur de 1 cent. 1/2 environ ; l'orifice externe permet l'introduction de l'index, les membranes sont intactes, le sommet est élevé en position O. I. D. P. A l'examen du bassin, on trouve que la face antérieure du sacrum est plane, l'union de la première avec la seconde pièce sacrée est saillante, il y a là un faux promontoire très net que l'on reconnaît à la présence des trous sacrés, en remontant au-dessus, on arrive sur le promontoire vrai qui est bas et plus arrondi, on peut même

apprécier une partie de la cinquième vertèbre lombaire, le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10 cent. 1/4.

On se trouve donc en présence d'une femme enceinte de huit mois et demi, ayant une présentation du sommet élevé en position O. I. D. P., avec un bassin rétréci.

Le même jour, 26 avril, l'enfant paraissant volumineux, M. Champetier de Ribes, craignant qu'une attente plus longue compromît la vie de l'enfant, se décide à provoquer l'accouchement prématuré.

Après un lavage antiseptique vulvaire et vaginal préalable, la femme est mise dans la position obstétricale. Deux aides maintiennent les jambes, tandis qu'un troisième administre le chloroforme, la résolution est complète dix minutes après.

M. Champetier de Ribes pratique alors la version pelvienne par manœuvres externes, le fœtus se trouve maintenant en présentation du siège position S. I. D. A.

10 h. 20. — On procède ensuite à l'introduction d'un ballon aseptique ; pour cela, on réduit son volume, on le saisit entre les deux branches d'une longue pince courbe, la grosse extrémité dirigée en avant puis après l'avoir soigneusement vaseliné, on le glisse jusque dans la cavité utérine. Il est guidé par la face palmaire de la main gauche introduite dans le vagin, puis la face palmaire de l'index et du médius introduits dans la cavité du col ; mais alors les membranes ne se laissant pas facilement décoller, elles se rompent et il s'écoule un flot abondant de liquide amniotique.

Une fois le ballon dans l'utérus, l'opérateur retire la pince et maintient le ballon avec les doigts tandis qu'un aide y injecte l'eau qui y était primitivement contenue, et qu'on avait réservée ; le ballon complétement gonflé reste fixé dans l'utérus. On place une ligature sur le tube de remplissage et l'opérateur retire la main.

La parturiente est remise dans le décubitus dorsal et ensuite réveillée ; puis on attend que le travail se déclare spontanément.

Les contractions douloureuses se déclarent à midi, à 1 heure et demie la dilatation atteint la largeur d'une pièce de 5 francs.

A 3 heures 1/2. — La dilatation est comme une petite paume de main, la petite extrémité du ballon fait fortement saillie à travers l'orifice utérin ; le plan de cet orifice est très incliné sur l'axe du ballon de telle sorte que son tiers antérieur et inférieur sort du col, tandis qu'en arrière les deux tiers inférieurs et postérieurs sont sortis.

4 heures 35. — On ne sent plus qu'un peu la lèvre antérieure, la partie postérieure de l'orifice utérin n'est plus accessible ; on met de nouveau la femme dans la position obstétricale, on saisit alors le tube du ballon, on fait des tractions lentes et continues aidées des

efforts de la femme, on l'amène au dehors non dégonflé après quelques minutes.

A ce moment il se produit une hémorrhagie qu'on croit d'abord de provenance utérine, voyant qu'elle ne cède pas à une injection vaginale chaude, on examine les organes génitaux externes; ceux-ci présentent au niveau de la commissure antérieure de la vulve une éraillure profonde de 2 millimètres environ de laquelle s'échappe un jet de sang. Une serrefine rapproche les deux lèvres de la plaie, l'hémorrhagie s'arrête définitivement.

Les membranes ayant été rompues pendant l'introduction du ballon, M. Champetier de Ribes introduit alors la main dans le vagin et jusque dans l'utérus et ramène le pied gauche. Le siège est alors en sacro-iliaque droite antérieur.

A ce moment, la femme cessant de pousser on attend le retour des contractions utérines; les bruits au cœur sont bons.

A 5 heures. — Réveil des contractions utérines, la jambe sort jusqu'au genou, mais alors les battements du cœur de l'enfant commençant à devenir plus lents et plus sourds, on exerce des tractions sur la jambe du côté gauche; elles amènent la cuisse gauche à la vulve.

Le membre inférieur droit restant fléchi le long du tronc, la fesse droite fait en avant une saillie qui bute contre l'arcade pubienne et qui empêche l'expulsion du tronc.

(*A suivre*).

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

La question du bacille cancéreux et la contagiosité du cancer. — A. *Pfeiffer* a tenté sans succès de cultiver le bacille de Scheurlen avec des organes atteints de cancer non ulcérés. Les terrains de culture sont restés le plus souvent stériles ou bien il se développait des formes vulgaires de bactéries n'ayant aucun rapport avec le bacille décrit par Scheurlen. En se plaçant dans les conditions de ce dernier auteur, Pfeiffer n'a reconnu que le *proteus mirabilis* qui offre la plus grande ressemblance avec le prétendu bacille du cancer.

D'un autre côté Baumgarten et Rosenthal se sont livrés à des recherches analogues. Déjà avant d'entreprendre leurs essais de culture avec le suc cancéreux, ils avaient remarqué, sur les fragments de pommes de terre, un parasite habituel qui présentait la plus étroite analogie avec le bacille de Scheurlen au point de vue de la forme et du développement. Par le procédé indiqué par ce dernier, ils parviennent facilement à obtenir d'un grand nombre de cancers et principale

ment de ceux de la glande mammaire, un bacille presque absolument semblable à celui de Scheurlen et à celui de la pomme de terre. Le même bacille fut retiré du suc d'un sarcome de la glande mammaire et de la voûte du crâne, et d'un névrome de la paume de la main.

Le bacille de carcinome décrit par Scheurlen se rencontre donc dans des tumeurs tout à fait différentes ; en outre on trouve dans le cancer d'autres espèces de bactéries. Enfin sa présence n'est pas constante car Baumgarten et Rosenthal ne l'ont pas retrouvé dans plusieurs cas. La question soulevée par Scheurlen n'est donc pas résolue et tout porte à croire qu'il s'agit dans l'espèce de germes qui végètent à la surface de la peau et des muqueuses qui ont pénétré profondément au voisinage des tumeurs.

Senger repousse absolument la théorie qui fait du cancer une maladie causée par un organisme infectieux comme la tuberculose ou la syphilis, les expériences que cet auteur a faites en inoculant des portions de tissu cancéreux ont été complètement négatives. Quant au bacille de Scheurlen, il ne l'a rencontré qu'une fois ; il croit que ce que Scheurlen a pris pour des spores sont des gouttelettes graisseuses, car l'agitation avec l'éther a fait disparaître en grande partie ces corpuscules.

Cette question de l'existence de bacilles spécifiques du cancer est connexe avec celle de la contagiosité de ce genre de production. On paraît toutefois plus avancé sur ce dernier point. On a, en effet, produit un certain nombre de cas de transmission qui semblent être plus que des coïncidences. Richard Budd a ainsi rapporté qu'un de ses malades, qui avait passé de longues années aux Indes, était atteint d'épithéliome de la lèvre, lorsque plus tard un petit chien qui avait coutume de lui lécher la face fut également atteint d'un cancer de la langue dont il mourut avant son maître. Le même auteur rapporte qu'une servante bien portante, âgée seulement de 19 ans, qui donnait des soins à une personne atteinte de cancer de l'utérus, vit se développer une tumeur cancéreuse dans l'aisselle six mois après la mort de sa maîtresse.

La cause fut attribuée à ce fait que la servante s'obstinait, malgré les représentations qui lui étaient faites, à blanchir les linges imprégnés de liquides cancéreux. Budd assure également que cinq chirurgiens de l'hôpital de North-Devon sont morts de cancer et se demande si la manipulation des malades cancéreux n'a pas une part étiologique dans ces faits.

Enfin on a cité parfois des cas de cancer de la verge chez des individus qui avaient des rapports avec leur femme atteinte de cancer utérin. Tous ces faits ne sont, à la vérité, pas assez nombreux pour

entraîner la conviction sur une question qui est encore à l'étude ; une enquête pourra seule établir la valeur de ces présomptions.

L. JUMON.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 *juillet* 1888. — *Présidence de* M. POLAILLON.

M. *Richelot*, à propos du procès-verbal, cite le fait d'un kyste vaginal pris pour une inversion utérine. La tumeur, siégeant dans le cul-de-sac latéral gauche, fut difficilement énucléée, et l'examen microscopique démontra qu'elle était tapissée d'un épithélium cylindrique.

M. *Quenu*, à propos de la communication de M. Verneuil dans la dernière séance, rappelle que la malade qui présenta des accidents d'intoxication après des injections d'éther iodoformé avait été soigneusement examinée et qu'elle ne présentait aucune lésion ni dans le foie ni dans les reins.

FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU PÉRONÉ, CAL EXUBÉRANT, PARALYSIE DU NERF SCIATIQUE POPLITÉ EXTERNE, DÉGAGEMENT, GUÉRISON, par M. *Marchand*. — RAPPORT. M. *Schwartz*. — Il s'agit d'un homme de 29 ans qui, dans une chute de cheval, se brisa l'extrémité supérieure du tibia et celle du péroné. Le membre, à peine placé dans l'appareil, fut atteint d'une paralysie du nerf sciatique poplité externe, se manifestant bientôt par un commencement d'équinisme, une légère atrophie siégeant principalement sur les muscles de la région antéro-externe et une zone anesthésique. Le cal du péroné était exubérant et comprimait le nerf sans que celui-ci fût atteint de névrite irritative.

Opération. Découverte du nerf emprisonné par un tissu fibreux cicatriciel. Ce nerf est simplement refoulé sans enclavement.

Dégagement, abrasion du cal. Suture. Guérison. L'amélioration se fit longtemps attendre et ne se montra qu'environ six mois après. Les contractions volontaires apparurent d'abord, puis plus tard les contractions sous les courants électriques.

Cette observation est intéressante à cause de sa rareté, M. Marchand l'a accompagnée des faits analogues enregistrés dans la science et rapportés par Hergott, Weber, Muller, Duplay, Maurice Perrin, Terrier, etc. Dans la plupart de ces cas la fracture s'est acccompagnée de névrite douloureuse et tenace.

ADHÉRENCES DE LA TUNIQUE VAGINALE ET SPERMATOGÉNÈSE.—M. *Reclus* commence par rappeler cette assertion du professeur Gosselin qui enseignait que, toutes les fois qu'il y avait des adhérences entre

les feuillets de la vaginale, on constatait l'absence de spermatozoïdes, opinion soutenue par Julliard et Fleury. Ses recherches ne l'ont pas conduit à la même opinion. Elles ont porté sur 300 testicules dont 24 avec des adhérences. Sur ces 24, 12 fois les adhérences n'étaient que partielles et 8 fois il a trouvé des spermatozoaires. Dans les 12 cas d'adhérences totales, 3 fois seulement les spermatozoïdes faisaient défaut. L'assertion de Gosselin tombe donc. Du reste quand on relit attentivement les observations citées par ce professeur on trouve qu'une seule d'entre elles montre l'absence de spermatogénèse accompagnant les adhérences totales de la vaginale et encore il y avait concurremment des altérations de l'épididyme. Pour M. Reclus ce ne seraient pas les adhérences, mais bien les lésions épididymaires qui influencent la spermatogénèse. Cette question a de l'intérêt à cause de l'intervention chirurgicale dans l'hydrocèle ; il faut en effet chercher l'opération qui retentit le moins sur l'épididyme et il estime que c'est la cure radicale.

M. *Monod* demande à M. Reclus s'il a examiné la glande ; car on sait que la vaginalite chronique retentit sur le testicule, y détermine une sclérose incompatible avec la sécrétion des spermatozoïdes.

M. *Trélat* a recherché quel était le procédé qui, dans l'hydrocèle, retentissait le moins sur l'épididyme et il croit l'injection iodée tout aussi inoffensive que la cure radicale.

M. *Reclus* répond à M. Monod que, pour lui, c'est l'épididyme qui retentit toujours sur la vaginale et que toujours l'épididyme est pris bien avant le testicule. Ce dernier est préservé par l'albuginée, tandis que l'épididyme est entouré de tissu cellulaire lâche ; de plus les lymphatiques ne vont pas du testicule à la vaginale, tandis qu'un réseau très abondant part de l'épididyme pour aller sur cette séreuse. M. Reclus a fait une fois une injection d'éther iodoformé dans l'épididyme qui ne fut pas plus influencé que le testicule, tandis que la séreuse s'enflamma.

M. *Terrillon* rappelle qu'il a fait autrefois des expériences pour démontrer ce fait admis dans la pratique que, sauf dans la syphilis et dans la tuberculose, les manifestations inflammatoires se portent d'abord sur l'épididyme.

M. *Reclus* ne veut pas faire l'historique de la question. Il faudrait remonter à Percival Pott pour trouver la première indication de ce retentissement. Depuis il y a eu bien d'autres travaux, ceux de M. Panas, les siens, ceux de M. Terrillon et surtout ceux de M. Kocher.

M. *Trélat* ne voudrait pas qu'on oubliât l'enseignement de Nélaton qui, en 1852, disait : « Les collections de la vaginale sont symptomatiques d'une lésion de l'épididyme. » Il en est de même pour l'hydar-


AFFECTIONS DU CŒUR & DE LA RESPIRATION
Asthme, Affections valvulaires du cœur, Hypertrophies du cœur, Emphysème, Catarrhes pulmonaires, Palpitations, Oppressions et gêne de la respiration
VIN CARDIAQUE
Du Dr SAISON,
Pharmacien de 1re classe.
Sulfate de Spartéine, Convallamarine et Iodure de potassium
Gros: 11, rue de la Perle, PARIS

Trente-cinquième année. — Tome I. N° 83. Mardi 17 Juillet 1888

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

médecine américaine doit les modifications apportées qui sont décrites dans le mémoire de Francis Huber. Cet auteur examine en outre les accidents qui peuvent se produire pendant et après l'introduction des tubes, pendant son extraction, enfin le traitement hygiénique et médical proprement dit qu'il convient de faire suivre en même temps au malade. Une des difficultés inhérentes au procédé, est celle qu'on éprouve parfois à alimenter les malades, c'est pourquoi O'Dwyer s'est appliqué à donner aux tubes une forme appropriée.

Le mémoire de M. P. Northrup a trait à l'anatomie pathologique des voies respiratoires de sujets morts de laryngite diptheritique après intubation. Dans une note sur ce sujet, le Dr Caillé, de New-York, préfère dans la pratique générale le tubage à la trachéotomie pour les sténoses laryngées urgentes de l'enfance, dans la majorité des cas. Cependant la trachéotomie est parfois nécessaire, car l'intubation ne suffit pas toujours. Le tube ne peut être supporté, il s'oppose absolument à l'alimentation ou peut encore être obstrué par des fausses membranes, etc. Il arrive parfois que le tube reste enclavé dans le larynx ou dans les ventricules de cet organe et ne peut plus être retiré. Malgré ces inconvénients sur lesquels a insisté Irwin H. Hance, certaines statistiques, celles de Derhardt, de New-York, sont particulièrement favorables à l'intubation. Mais pour pouvoir juger ce procédé, il conviendrait dans la statistique de distinguer les diverses affections qui ont réclamé ce mode de traitement ; si l'on ne prend pas cette précaution, les résultats, cela ce conçoit, ne peuvent être clairement appréciés.

L. Jumon.

NOUVELLES

—

Légion d'honneur. — Sont nommés :

Au grade d'officier : M. Baillon (Henri-Ernest), professeur à la Faculté de médecine de Paris ; M. le Dr Le Bon (Gustave), explorateur.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours du prosectorat.* — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Delbet et Potherat.

Concours de clinicat des maladies mentales. — Ce concours vient de se terminer par la nomination de M. Rouillard, comme chef de clinique et de M. Sémelaigne, comme chef de clinique adjoint.

École de médecine de Poitiers. — M. Roland est nommé professeur de physiologie à la dite école.

Corps de santé militaire. — *Mutation parmi les médecins inspecteurs.* — Le ministre de la guerre vient de répartir comme il suit les inspections générales du service de santé :

Ecoles du Val-de-Grâce, de Guerre, Polytechnique, Saint-Cyr, de Versailles, de Vincennes, de Rambouillet, orphelinat Hériot. M. le médecin-inspecteur général Didiot.

Gouvernement militaire de Paris. — M. le médecin-inspecteur Colin, directeur.

1er et 2e corps. — M. le médecin inspecteur Arnoult, directeur du service de santé du 1er corps.

3e corps. — M. le médecin-inspecteur Colin, directeur du service de santé du recrutement de Paris.

4e corps. — M. le médecin principal de 1re classe Mourlon, directeur du service de santé de ce corps d'armée.

5e corps. — M. le médecin principal de 1re classe Mathieu, directeur.

6e corps. — M. le médecin-inspecteur Dauvé, directeur.

7 et 8e corps. — M. le médecin-inspecteur Weber, directeur du service de santé du 7e corps.

9e corps. — M. le médecin-inspecteur Gaujot, directeur du Val-de-Grâce.

10e corps. — M. le médecin-inspecteur Colin.

11e et 12e corps. — M. le médecin-inspecteur Gaujot.

13e corps. — M. le médecin principal de 1re classe Papillon, directeur.

14e corps. — M. le médecin-inspecteur Vallin, directeur.

15e corps. — M. le médecin-inspecteur Baudoin.

16e corps. — M. le médecin principal de 1re classe Frilley, directeur.

17e corps. — M. le médecin principal de 1re classe Mathis, directeur.

18e corps. — M. le médecin principal de 1re classe Morache, directeur.

19e corps. — M. le médecin-inspecteur Widal, directeur.

Tunisie. — M. le médecin principal de 1re classe Guillemin, directeur.

Tonkin et Annam. — M. le médecin principal de 1re classe Emery-Desbrousses, directeur.

Cette répartition n'est pas en concordance avec la décision, prise récemment par le ministre, de confier l'inspection médicale des corps d'armée aux directeurs du service de santé de ces corps d'armée.

Les exécutions capitales. — Les animaux se détruisent entre eux par les pattes et les dents et ils ne progressent pas dans leur mode opératoire. L'homme au contraire perfectionne sans cesse ses procédés de destruction. En ce qui concerne les exécutions capitales, on sait que la pendaison est encore fort usitée en Angleterre et en Russie et que la guillotine fait toujours florès en France. En Allemagne la manière d'exécuter est encore plus brutale et ressemble davantage aux procédés d'un autre âge ; c'est par la hache qu'on y opère et c'est par la force du bras que la société y venge la vie humaine. Nous ne discuterons pas cette manière de punir les criminels, mais nous nous demandons en vertu de quel principe supérieur une société civilisée croit devoir favoriser les moyens d'existence et par là même la reproduction éventuelle, dans tous

ses détails psychiques héréditaires, de cette monstruosité cérébrale, qu'on appelle « le bourreau », d'un individu qui met toute son application et toutes ses facultés à bien luxer ou à trancher avec adresse la tête de son semblable, qui n'est le plus souvent qu'un malheureux, mentalement dégénéré et irresponsable de *tous* ses actes.

Les Américains du Nord, toujours pratiques, paraissent plus humains et ont décidé de mettre plus de forme et plus de douceur dans leur manière de faire. C'est ainsi que tout récemment, à New-York, la pendaison a été définitivement abolie ; elle sera remplacée par l'exécution électrique, qui serait le meilleur moyen de supprimer les criminels d'après l'avis d'une commission qui avait été nommée pour étudier la question. On procédera de la manière suivante : le condamné sera placé sur une chaise, *peut-être dans un bon fauteuil*, les pieds en contact avec les électrodes d'un appareil électrique d'intensité voulue ; on fera passer alors du sommet de la tête du patient à travers la moelle épinière un courant électrique assez intense pour donner instantanément une secousse mortelle. D'après le Dr E. Thompson (de Lynn), on obtiendrait ainsi l'extinction instantanée et *non douloureuse* de toutes les fonctions de l'organisme et la secousse électrique serait *incapable de produire une sensation qui aurait le temps d'être perçue*. Et maintenant le courant un certain temps, l'épuisement nerveux serait complet et la mort bien définitive.

Voilà au moins un procédé humain et bien scientifique, qui aura peut-être encore l'avantage de faire monter quelque peu les honoraires, si minimes en tous pays, des médecins légistes, auxquels sera dévolue assurément sinon l'exécution, du moins la direction de cette besogne vraiment médicale.

En Italie on vient de décider que les exécutions capitales seront désormais supprimées et remplacées par la prison et les travaux forcés à perpétuité.

En Belgique, la loi maintient toujours le principe des exécutions capitales, mais depuis l'avènement de notre roi Léopold II, aucune exécution n'a eu lieu et il est quasi certain qu'on n'en fera plus chez nous. (*Arch. de méd. et de chir. prat. de Bruxelles.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Scènes de la vie médicale, par Jules CYR, médecin inspecteur adjoint à Vichy. — 1888, 1 vol. in-16 de 300 pages, 3 fr. 50.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

7770.6

Trente-cinquième année. — Tome I. N° 84. Jeudi 19 Juillet 1888

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France.......... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome 1. N° 84 Jeudi 19 Juillet 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 18 juillet 1888.

L'acrodynie n'est point une maladie commune et il ne serait pas étonnant qu'un certain nombre de nos lecteurs en connussent à peine le nom. C'est une affection généralement épidémique, rarement observée à l'état sporadique, caractérisée par des douleurs et des engourdissements dans les membres, plus particulièrement dans les membres inférieurs, par des troubles digestifs, des taches érythémateuses et plus rarement par une coloration noirâtre de l'épiderme. On en a observé à Paris des épidémies considérables, sans que pour cela l'anatomie pathologique et l'étiologie en aient été le moins du monde élucidées. On a rattaché l'acrodynie à l'influence du système nerveux, ce qui est un moyen commode de ne pas dire grand'chose.

M. le Dr Vidal (d'Hyères) a rapporté hier à l'Académie l'observation très détaillée d'un malade chez lequel l'intoxication lente par l'acide arsénieux contenu dans le vin dont les habitants d'Hyères se sont abreuvés pendant trop longtemps avait provoqué tous les symptômes de l'acrodynie, si bien décrite dans l'article que son homonyme M. Emile Vidal, de l'hôpital Saint-Louis, a publié dans le dictionnaire Dechambre. Aussi M. Vidal (d'Hyères) est-il porté à nier l'existence de l'acrodynie comme maladie spéciale et à ne voir dans les épidémies décrites que des manifestations de l'intoxication par l'acide arsénieux.

M. A. Gautbier est revenu sur la question du plâtrage des vins, ou plutôt il a fait un rapport très étudié sur de nouveaux procédés de vinification destinés à remplacer le plâtrage. Le phosphatage et le plâtrage des moûts ne paraissent avoir aucun inconvénient pour la santé et d'autre part ils donnent au vin des qualités de coloration et de conservation qui ne sont pas à dédaigner dans le commerce.

M. le professeur Verneuil a terminé la lecture de son travail sur la filipuncture. C'est une condamnation en règle de la méthode qui

consiste à introduire dans les sacs anévrysmaux des longueurs phénoménales de fils métalliques ou de ressorts de montre (longueur variant entre celle des tours Notre-Dame et celle de la tour Eiffel après son achèvement) dans le simple but d'amener la coagulation du sang dans la poche anévrysmale. En outre des dangers qui peuvent être provoqués par cette méthode, il y a cette considération qui a bien sa valeur, c'est que la survie donnée par la filipuncture est inférieure à celle que donnent toutes les autres méthodes médicales et chirurgicales, y compris l'expectation pure et simple.

A. Ch.

Observations d'accouchement prématuré provoqué au moyen d'un ballon excitateur et dilatateur volumineux et incompressible.

Par M. Lefebvre
Interne des hôpitaux (1).

(Suite).

On tourne alors celui-ci de telle sorte que la saillie faite par la fesse droite réponde au sacrum ; le tronc descend alors sans difficulté.

On procède alors à de légères tractions sur le tronc pendant qu'un aide, placé sur le lit de la femme, appuie sur la tête fœtale pour la fléchir et la repousser en bas et en arrière. Elle franchit le point rétréci et descend dans l'excavation, entraînant avec elle le segment inférieur de l'utérus.

Introduisant alors deux doigts de la main droite dans la bouche de l'enfant, M. Champetier de Ribes abaisse le maxillaire inférieur. Mais à ce moment, la malade ne poussant plus, le dégagement de la tête présente de grandes difficultés et l'enfant reste dans cette situation pendant cinq minutes environ.

Il fait des mouvements inspiratoires prématurés, on ne trouve plus de battements dans le cordon.

Enfin à 5 heures 15, l'extraction de la tête est pratiquée. Il s'est écoulé six heures quarante-cinq minutes depuis l'introduction du ballon.

L'enfant naît un peu étonné ; néanmoins les battements du cœur sont encore perceptibles. On pratique immédiatement la ligature, puis la section du cordon ; l'enfant est débarrassé des mucosités et du sang qui obstruent le larynx ; on l'enveloppe d'une alèse chaude et on pratique l'insufflation d'abord avec un tube laryngien, puis bou-

(1) V. *France méd.*, n° 83.

che à bouche. Au bout d'un quart d'heure se manifestent des mouvements respiratoires, spontanés et très espacés; l'enfant devient plus rosé, on le frictionne alors avec de l'alcool étendu d'eau, puis on lui donne un bain sinapisé. Les mouvements respiratoires deviennent alors plus fréquents et plus réguliers, et l'enfant témoigne par ses cris de son retour à la vie.

Le toucher vaginal, pratiqué chez l'accouchée immédiatement après l'expulsion du fœtus et lorsqu'une injection vaginale chaude a été donnée, fait reconnaître que le placenta est déjà en partie dans le vagin.

A 5 h. 40 la délivrance est terminée et complète. On donne alors à la malade une injection intra-utérine très chaude.

On reconnaît alors qu'il existe une légère déchirure de la partie inférieure du vagin et des téguments du périnée. On laisse la malade reposer quelque temps, puis M. Champetier de Ribes place deux sutures au catgut sur la déchirure vaginale et deux autres sur la déchirure périnéale. Au bout de dix jours les suites de couches ont été normales. Le périnée est entièrement reconstitué sauf pour la déchirure profonde du vagin, près de la peau, où il reste une légère exulcération qui guérira facilement.

Obs. II. — G. M... âgée de 27 ans, couturière, entre à l'hôpital de la Charité, le 27 mars 1888. salle Sainte-Marie, n° 5.

Antécédents héréditaires. Père mort tuberculeux. Mère dyspeptique et gastralgique. Sœur morte à 19 ans d'une affection cérébrale impossible à préciser.

Antécédents personnels. Notre malade n'a marché qu'à l'âge de 4 ans. La chute de sa première dentition a eu lieu à 7 ans et la seconde dentition fut très longue à se faire.

Réglée à 17 ans régulièrement; ses règles à chaque période durent huit jours. Les dernières règles datent du 7 au 11 août 1887. Il y eut des vomissements du 15e jour au 7e mois de la grossesse, ayant lieu le matin au lever et aussitôt après les repas. On note également de l'insomnie pendant toute la durée de la grossesse. Peu de phénomènes du côté des seins. Le 20 décembre, pour la première fois, les mouvements du fœtus ont été perçus par la mère.

Actuellement : Femme très petite : taille 1 mètre 25 centimètres. Les fémurs présentent une courbure prononcée à convexité antéro-externe. Les tibias offrent une double courbure en *S*. Chapelet rachitique peu prononcé.

Les seins sont peu volumineux. Aréole étroite, bien pigmentée; tubercules de Montgomery bien développés. Mamelon saillant.

Abdomen volumineux et très tendu, la ligne brune est fortement pigmentée. Cicatrice ombilicale effacée. — Vergetures.

Pas de varices aux membres inférieurs ni à la vulve.

Palper. Fond de l'utérus à six travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On sent le siège du fœtus en haut dans la corne gauche de l'utérus. Le dos regarde à gauche et en arrière. La tête est très mobile; elle déborde fortement la symphyse pubienne; le front est dirigé en avant et à droite, la tête est peu fléchie. Il est facile de sentir à ce niveau le ballottement céphalique.

Auscultation. Les bruits du cœur sont entendus au niveau d'une ligne horizontale passant par l'ombilic en un point distant d'environ six centimètres de la cicatrice ombilicale, à gauche de cette cicatrice.

Toucher: Le doigt introduit dans le vagin arrive après un court trajet à sentir, en arrière et sur la ligne médiane, une saillie prononcée que l'on reconnaît être l'articulation du sacrum et de la colonne vertébrale: le promontoire. Le col, complètement ramolli, mesure une longueur de 1 cent. 1/2 environ; il est entr'ouvert et offre un orifice de la largeur d'une pièce de 2 francs environ. On sent à travers le segment inférieur la tête, qui est très mobile, et on peut facilement percevoir le ballottement vaginal.

Le doigt, promené circulairement, suit assez facilement les contours du détroit supérieur dont on mesure les différentes dimensions; ainsi que celles du détroit inférieur et du grand bassin.

On trouve alors: diamètre étendu d'une épine iliaque antéro-supérieure 0m. 205; diamètre d'une crête iliaque à l'autre 0m. 237; diamètre sacro-iliaque 0m. 175; diamètre bitrochantérien 0m. 30; diamètre bi-ischiatique 0m. 11; diamètre promonto-sous-pubien 0m. 105.

Diagnostic. — Le diagnostic porté est le suivant : Grossesse de 7 mois et une semaine environ. Présentation du sommet en position O. I. G. P. Bassin rétréci suivant toutes ses dimensions, le diamètre promonto-pubien minimum mesurant entre 8 1/2 et 8 3/4 après déduction.

On se décide alors à provoquer ultérieurement l'accouchement prématuré.

Le 27 avril, la grossesse datant alors de 8 mois 1/2, on se décide à intervenir.

Le 27 avril, à 10 h. 20, on commence à administrer le chloroforme; au bout de dix minutes l'anesthésie et la résolution musculaire sont complètes.

On pratique alors la version par manœuvres externes : après la version, la tête est dans la corne droite de l'utérus, il est facile de sentir le ballottement céphalique au niveau de l'hypochondre droit.

Le dos est dirigé à droite et en avant ; le siège au niveau du dé-

troit supérieur du bassin; la présentation du sommet a été transformée en présentation du siège en position sacro-iliaque droite antérieure.

A 10 h. 40 on introduit un ballon pour provoquer l'accouchement prématuré. Pour ce faire on a soin d'abord de déterminer exactement le volume de ce ballon en le remplissant complètement de liquide antiseptique, puis on en mesure les dimensions qui sont alors de 7 centim. 1/4 de diamètre maximum, sur 24 de circonférence; vidant alors complètement le ballon, en ayant soin de conserver dans un récipient préparé *ad hoc* tout le liquide qui y était contenu, on le plonge dans un liquide antiseptique.

Puis le saisissant entre les deux branches d'une longue pince courbe (la grosse extrémité dirigée en avant), on le glisse après l'avoir vaseliné, jusque dans la cavité utérine en ayant soin de prendre pour conducteur, d'abord la face palmaire de la main gauche introduite dans le vagin, puis la face palmaire de l'index et du médius introduits dans la cavité du col.

Une fois le ballon introduit dans l'utérus, l'opérateur retire la pince puis maintient le ballon avec les doigts, tandis qu'un aide injecte dans le ballon l'eau qui y était primitivement contenue et qu'on avait réservée.

Le ballon complètement gonflé reste fixé dans l'utérus; on fait alors une ligature sur le tube du ballon et l'opérateur retire la main.

La malade est réveillée et la marche ultérieure de l'accouchement abandonnée à la nature.

Les douleurs du travail se montrent 30 minutes après l'introduction du ballon dilatateur.

A 3 h. 1/2, la dilatation atteint la largeur d'une pièce de 5 francs; la petite extrémité du ballon fait fortement saillie à travers l'orifice interne du col; le plan de l'orifice du col est très incliné sur l'axe du ballon, de telle sorte que la partie antérieure de ce dernier est plus sortie que la postérieure.

A 4 h. 1/2, dilatation presque complète.

A 5 h. 20, le ballon est expulsé hors de la cavité utérine, on le fait sortir sans le dégonfler à travers les organes génitaux externes.

A 5 h. 25, le toucher fait reconnaître que l'orifice utérin est complètement dilaté, les bords sont effacés, la poche des eaux tombe fortement pendant les contractions, on la rompt alors, puis introduisant la main droite, soigneusement graissée de vaseline au sublimé, jusque dans l'utérus, M. Lefebvre va à la recherche des pieds et ramène le pied gauche jusqu'en dehors de la vulve, le talon est dirigé en arrière et en haut, le bord interne dirigé à gauche et en avant.

Les battements du cœur sont bons.

A 6 h. 15, profitant des contractions utérines qui sont plus fréquentes et des efforts de la femme qui pousse fortement; M. Champetier, à la suite de tractions opérées sur le membre inférieur gauche, amène à la vulve d'abord la jambe, puis la cuisse. Le membre inférieur droit reste fléchi le long du tronc.

On le dégage, on pratique ensuite des tractions sur le tronc saisi à pleines mains, pendant qu'un aide, placé derrière la femme, fléchit la tête fœtale; en même temps qu'il la repousse en arrière et en bas pour lui faire franchir le point rétréci. La tête franchit le détroit supérieur.

Tournant alors le tronc de telle sorte que l'épaule droite soit postérieure, le dos regardant la face interne de la cuisse de la mère, on dégage le bras et l'épaule droite.

On dégage de la même façon le bras et l'épaule gauche, après les avoir rendus postérieurs.

Tournant alors le tronc de l'enfant de telle sorte que l'occiput réponde à la symphyse pubienne, on introduit deux doigts de la main droite dans la bouche de l'enfant dont on abaisse le maxillaire inférieur.

Puis défléchissant le tronc de telle sorte que le dos de l'enfant réponde au ventre de la mère, on ménage à l'air un libre accès jusqu'à la bouche de l'enfant qui fait des efforts inspiratoires, et dont le cordon ne bat plus.

Enfin survient une contraction utérine plus forte et on dégage la tête.

On fait immédiatement la ligature du cordon, et on pratique, à cause de la mort apparente de l'enfant, l'insufflation bouche à bouche, les bruits du cœur restent bons. Au bout de dix minutes, l'enfant faisait des inspirations spontanées spasmodiques.

On lui fait alors des frictions avec de l'alcool additionné d'eau, et on le plonge dans un bain sinapisé. Les inspirations spontanées persistent et l'enfant fait entendre des cris qu'accompagnent des ronchus dus aux mucosités introduites dans les voies respiratoires.

Peu après les cris sont plus énergiques.

La délivrance, faite à sept heures, est précédée et suivie d'injections antiseptiques, la dernière portée jusque dans l'utérus.

Pendant la sortie de la tête, il s'est fait, au niveau de la partie postérieure du vagin et de la partie correspondante du périnée, une déchirure sur laquelle on applique immédiatement cinq sutures au catgut. Deux fils suffisent pour la plaie vaginale, trois sont placés sur la plaie cutanée.

On peut dire, malgré une défaillance suivie d'une courte syncope, que la malade, ranimée par une injection d'éther, a eu des suites de

couches normales. En effet, au bout du quinzième jour, elle quittait le service avec son enfant en bonne santé.

(*A suivre*).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 *juillet* 1888. — *Présidence de* M. Hérard.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. Rommelaere (de Bruxelles) qui se porte candidat au titre de correspondant étranger; 2° une lettre de M. Lerenard-Lavallée invitant l'Académie à prendre part à une souscription destinée à placer sur la mairie d'Ajou, près de Bernay, une plaque commémorative de la naissance de Bréant, fondateur du prix du même nom à l'Académie de médecine; 3° une lettre de M. Plicque, interne des hôpitaux de Paris, qui prie l'Académie de recevoir en dépôt un pli cacheté (accepté) ; 4° une note sur l'emploi du chlorhydrate de cocaïne comme hémostatique, par le Dr Gauthier (de Charolles); 5° une note sur les vaccinations et revaccinations pratiquées à Pantin, par le Dr Edelmann, en 1887; 6° une note sur l'action physiologique des eaux d'Evian, par le Dr Chiais; 7 un mémoire manuscrit intitulé : Genèse et ordre de succession des vibrations glottiques, par le Dr Moura.

M. *Tarnier* présente de la part de M. le Dr Ollivier, ancien interne des hôpitaux de Paris, une nouvelle sonde pour injections intra-utérines.

De la similitude des symptômes de l'acrodynie et de l'intoxication lente par l'acide arsénieux. — M. *Vidal* (d'Hyères) rapporte l'observation d'un malade chez lequel il a observé quatre périodes bien distinctes : 1re période, embarras gastrique ; 2° diarrhée ; 3e éruptions; 4° acrodynie produite par l'usage longtemps prolongé d'un vin contenant quelques milligrammes d'acide arsénieux.

Ne croirait-on pas, dit M. Vidal, en lisant l'observation des accidents causés par cette lente intoxication, que l'on a sous les yeux le chapitre de l'ouvrage classique de Valleix sur l'acrodynie et surtout la monographie plus récente et si complète de cette maladie publiée dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales par M. Émile Vidal, le savant médecin de l'hôpital St-Louis, et n'y aurait-il pas lieu de rechercher si bon nombre d'épidémies d'acrodynie, pour ne pas dire toutes, n'ont pas été provoquées par la présence dans les aliments de petites quantités de sels arsénicaux.

Nous serions heureux si l'observation que nous venons soumettre à l'Académie pouvait servir à élucider l'étiologie jusqu'ici très incertaine de la maladie décrite sous le nom d'acrodynie et confirmer

les rapprochements indiqués d'une manière générale entre elle et l'intoxication par les sels métalliques, par M. Théophile Roussel, dans son traité de la pellagre. (Comm : MM. E. Vidal et Ollivier.)

Rapport sur de nouveaux procédés de vinification destinés a remplacer le platrage des vins. — M. *Gauthier*, au nom d'une commission composée de MM. Bergeron, Brouardel et Gauthier, passe en revue les procédés proposés par divers œnologistes pour remplacer le plâtrage. Il divise ces procédés en trois catégories : d'abord le phosphatage des moûts. L'Académie ne peut s'opposer au phosphatage fait avec du phosphate de chaux précipité qui, en assurant la conservation des vins, ne présente aucun inconvénient.

Le second procédé est celui du tartrage des moûts. L'expérience n'a pas encore été assez longue pour qu'on puisse savoir si les vins qui ont subi le tartrage se conservent bien. Le tartrage, comme le plâtrage et le phosphatage élèvent de près d'un degré le degré alcoolique des vins. L'intensité colorante des vins tartrés est plus grande que celle des vins naturels, mais inférieure à celle des vins plâtrés.

Restent à examiner quelques procédés destinés, les uns à remplacer le plâtrage, les autres à combattre diverses maladies des vins. M. Gauthier rejette ces procédés trop incertains.

M. Gauthier termine par ces conclusions :

Des recherches déjà très importantes résumées dans ce mémoire, nous tirerons les conclusions suivantes :

Au point de vue de l'hygiène publique, les pratiques du phosphatage ou du tartrage des moûts ne sauraient présenter aucun inconvénient sensible.

Elles ont l'une et l'autre l'avantage d'augmenter le titre alcoolique des vins en activant la vie des levures viniques et corrélativement en s'opposant au développement des organismes d'où résultent les alcools secondaires supérieurs, c'est-à-dire les produits les plus nuisibles des alcools de vin.

L'une et l'autre méthodes augmentent dans les vins la quantité des substances colorantes dissoutes, c'est-à-dire les principales matières tannantes, toniques et souvent ferrugineuses dans une proportion généralement moindre que ne fait le plâtrage.

Le phosphate introduit aussi dans le vin à l'état de phosphate de potasse et de chaux 1 gramme à 1 gr. 5 de sels utiles à la reconstitution des tissus, ceux-là mêmes que nous fournissent tous les jours la viande et le pain.

Le tartrage ne modifie pas sensiblement la composition du vin produit, abstraction faite de l'augmentation de l'alcool et de la couleur et de la diminution des composés plus ou moins dangereux qui résultent des fermentations secondaires. En produisant une fermen-

tation plus rapide, une défécation plus complète des vins produits en augmentant leur acidité et leur alcool, ces deux méthodes paraissent devoir prévenir, lorsqu'elles seront bien appliquées, toute altération ultérieure. Mais à cet égard, c'est à l'expérience à prononcer en dernier ressort, et le rôle de l'Académie, insuffisamment renseignée d'ailleurs sur ce point, doit se borner à juger ces deux pratiques de vinification en se plaçant au seul point de vue de l'hygiène et de la santé publiques.

De la filipuncture. —M. *Verneuil* termine la lecture de son travail qu'il résume dans les conclusions suivantes :

1° La méthode de Moore, ou filipuncture, essentiellement conçue en vue du traitement des anévrysmes de l'aorte thoracique, est chirurgicalement caractérisée par l'introduction et l'abandon dans les sacs anévrysmaux de fils le plus souvent métalliques.

2° Physiologiquement elle repose sur la propriété bien connue qu'ont les corps étrangers introduits dans le torrent circulatoire de provoquer la coagulation du sang et la séparation de la fibrine.

3° Partant de là, on espère que ces caillots et cette fibrine se déposeront d'une part sur les fils, et d'autre part sur les parois du sac, formeront au centre et à la circonférence des masses ou des couches solides, qui combleront en se réunissant la cavité de l'anévrysme, c'est-à-dire amèneront la guérison radicale ou au moins renforceront la paroi de manière à arrêter la marche du mal, à atténuer les accidents, à prévenir ou à retarder la rupture, et ainsi à prolonger plus ou moins la vie.

4° On compte pour assurer la déposition constante et la solidification progressive des caillots et de la fibrine sur la permanence ou au moins sur le séjour prolongé des corps étrangers et l'on s'appuie sur la tolérance bien connue de l'organisme à l'égard de ces corps étrangers pour proclamer à la fois l'efficacité et l'innocuité de la méthode, laquelle est d'ailleurs d'une exécution fort simple.

Voilà pour les espérances et les promesses de la théorie.

Et voici ce qu'a, jusqu'à ce jour, montré la pratique :

5° Les opérateurs ne sont ici d'accord sur aucun point de la technique. Presque tous ont imaginé un procédé particulier, ou modifié ceux de leurs prédécesseurs, ou associé plusieurs méthodes sans qu'il soit possible aujourd'hui de savoir quelle serait la meilleure marche à suivre.

6° L'opération est moins facile qu'on ne le dit, parfois elle est restée inachevée ou bien imparfaitement exécutée, elle a provoqué des accidents graves.

7° Les corps étrangers introduits dans le sac n'y produisent pas toujours la coagulation du sang et la déposition régulière de la

fibrine, et quand, ce qui est la règle, les caillots cruoriques ou fibrineux se forment, ils pêchent le plus souvent tantôt par la quantité, tantôt par la qualité, tantôt par une disposition ou une répartition défectueuse, tantôt enfin par le défaut de persistance, celle-ci n'étant pas assurée par la permanence des fils.

8° Les mêmes corps étrangers, métalliques ou autres, dont par une singulière contradiction on désire à la fois la persistance et la disparition, provoquent directement par leur présence des accidents variés, inflammatoires ou mécaniques, primitifs ou tardifs, en tous cas fort graves.

9° La filipuncture, considérée soit comme opération radicale, soit comme opération palliative et employée contre les anévrysmes profonds et contre les anévrysmes externes, n'a donné jusqu'ici que des résultats lamentables et certainement bien inférieurs à ceux qu'ont fournis les autres méthodes chirurgicales et même médicales.

10° Elle n'a jamais réussi dans les anévrysmes de l'aorte pour lesquels elle a été imaginée, pas plus que pour ceux du tronc brachio-céphalique, de la sous-clavière et de l'artère fémoro-iliaque ; elle est peut-être plus efficace en cas d'anévrysmes de l'aorte abdominale. Elle ne compte que deux succès incontestables, dont l'un facilement obtenu sur l'artère humérale, dans un cas très simple.

11° Elle n'est pas moins impuissante comme opération palliative. Les améliorations qu'on lui attribue sont rares, partielles, minimes, fugaces, imputables parfois à divers moyens associés, et certainement neutralisés en quelques cas par des aggravations promptes et redoutables.

12° Elle a manifestement soulagé plusieurs patients, mais rien ne prouve qu'elle ait prolongé la vie d'aucun d'eux. Tout au contraire, elle a, sans contestation possible, précipité la terminaison funeste dans plus d'un cas, à quoi il convient d'ajouter que la survie opératoire atteint, pour l'ensemble des cas, une moyenne très faible, infiniment plus courte que par toute autre thérapeutique, y compris l'expectation pure et simple.

13° La filipuncture a été pratiquée jusqu'ici sur 34 malades dont 30 sont morts bien avant l'expiration de l'année, et pour la plupart avant la fin du premier mois. Il serait injuste de lui attribuer la totalité de ces revers, dont quelques-uns sont manifestement imputables au mauvais état de santé antérieure, aux lésions graves préexistant dans les organes éloignés ou voisins de l'anévrysme ; aux conditions anatomiques mauvaises et aux rapports dangereux du sac anévrysmal. Mais la gravité intrinsèque de la méthode n'en est pas moins démontrée par les accidents opératoires, partis trop souvent

du trauma lui-même, et par l'aggravation indéniable et rapide des propathies locales et générales.

14° La pratique n'ayant pas réalisé les espérances de la théorie, la filipuncture ne doit pas être encouragée et on ne saurait conseiller à personne d'y avoir désormais recours.

La séance est levée à 5 heures un quart.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 23 au 28 juillet 1888.

Lundi 23. — 3e examen, officiat, Hôtel-Dieu : MM. Ollivier, Rémy, Jalaguier.

Mardi 24. — 3e examen, officiat, définitif, Charité (1re série) : MM. Fernet, Brun, Maygrier. — 3e examen, officiat, définitif, Charité (2e série) : MM. Legroux, Bouilly, Charpentier.

Vendredi 27. — 2e examen, officiat (fin d'année) : MM. Marc Sée, Kirmisson, Reynier. — 3e examen, officiat (fin d'année) : MM. Ollivier, Brissaud, Jalaguier.

NÉCROLOGIE

Le docteur Menu (Jules), rue Poissonnière, ancien interne des hôpitaux de Paris, reçu en 1871, vient de mourir d'une fièvre typhoïde compliquée d'une affection cardiaque, à l'âge de 43 ans.

M. Carrez (Jules), officier de santé à Paris, est mort le 13 juillet, tuberculeux, à l'âge de 34 ans.

Le docteur Dalidet, de Bordeaux, décédé à l'âge de 30 ans.

M. Gardien, officier de santé à Ygrandes (Allier).

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont nommés :

Au grade d'officier : Le Dr Labrie, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades à Paris.

Au grade de chevalier : MM. les Drs Gerin-Rose, médecin à l'hôpital de Lariboisière ; Charles Monod, chirurgien à l'hôpital Saint-Antoine ; Gros, professeur de clinique médicale à l'hôpital civil de Mustapha ; Villeneuve, médecin en chef des hôpitaux de Marseille ; Picard, médecin à Selles-sur-Cher (Loir-et- Cher) ; Teillais, directeur de la clinique ophtalmologique libre de Nantes ; Tonnet, de Niort.

Les ambulances urbaines. — M. Lozé, préfet de police, vient d'adresser aux commissaires de police la circulaire suivante :

Paris, 25 juin 1888.

Monsieur,

Un service des ambulances urbaines, dû à l'initiative privée, a été inauguré à Paris, le 1er juin courant. Il a pour but d'assurer des secours immédiats aux malades et aux blessés, et leur transport soit chez eux, soit à l'hôpital.

Le siège des ambulances urbaines est à l'hôpital Saint-Louis, où se trouvent remisées trois voitures dont une, toujours attelée, est prête à marcher à toute heure du jour et de nuit.

Un réseau téléphonique relie le siège des ambulances à vingt-huit pharmacies ou postes de police dont vous trouverez la liste ci-après.

Ce service fonctionne ainsi qu'il suit :

Lorsqu'un malade ou un blessé est amené dans un de ces postes ou dans une de ces pharmacies, que son état est reconnu assez grave pour nécessiter son transport soit chez lui, soit à l'hôpital, le chef de poste où le pharmacien demande, par téléphone, la voiture remisée à Saint-Louis. Cette voiture, dans laquelle prend place un interne de l'hôpital, vient immédiatement chercher le malade.

Je vous prie, monsieur, de prendre bonne note de ces indications.

Recevez, monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

Le préfet de police,
H. Lozé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Adrien Delahaye et Émile Lecrosnier, Libraires-Éditeurs,
23, place de l'École-de-Médecine.

Traité des fibromes de la paroi abdominale, par les docteurs Labbé et Remy, 1 vol. in-8° avec figures, 7 fr.

Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes, par Hermann V. Zeifsl, revu par Maximilien V. Zeifsl, ouvrage traduit de l'allemand par le docteur Rangé. 1 vol in-8°, 7 fr.

Traité d'hygiène sociale, par le docteur Jules Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine, etc. 1 vol. in-8°, 10 fr.

De l'ulcère simple de l'œsophage, par le docteur Berrez, in-8°, 2 fr. 50.

Etude clinique sur le délire religieux (Essai de séméiologie), par le docteur Dupain, 1 vol in-8°, 5 fr.

La descendance des alcooliques, par le docteur Combemale, in-8°, 3 fr. 50.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 85. SAMEDI 21 JUILLET 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.



35e Année. — Tome II. N° 85 Samedi 21 Juillet 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Observations d'accouchement prématuré provoqué au moyen d'un ballon excitateur et dilatateur volumineux et incompressible.

Par M. Lefebvre
Interne des hôpitaux (1).

(*Suite et fin*)

Obs. III. — Le 2 mai, M. Pinard fait prier M. Champetier de Ribes de venir dans son service placer un des ballons qu'il emploie pour provoquer l'accouchement prématuré.

Il s'agit d'une secondipare qui est enceinte de 8 mois 1/2. Le premier enfant, peu volumineux, est né vivant, à terme, et cependant quand cette femme est venue à la consultation de l'hôpital, on a constaté un rétrécissement dn bassin. Diamètre promontoire pubien, 8 cent. 1/2 avec déduction.

Le travail n'est pas encore commencé ou plutôt il n'a pas débuté malgré l'introduction d'un excitateur de M. Tarnier, qui a été expulsé sans résultat.

Les membranes sont intactes. La présentation est une O I G A. On ne fait pas la version. On introduit le ballon à onze heures du matin, sans difficulté, sans que la femme soit chloroformée.

Le gonflement est facile. Pendant toute la journée, les bruits du cœur sont excellents. Il n'y a pas de modifications dans la présentation.

Le travail s'est déclaré à une heure de l'après-midi. L'expulsion *spontanée* du ballon a lieu à six heures du soir.

A huit heures, la femme accouche spontanément d'un enfant vivant et bien portant venant par le sommet sans aucune complication.

Dans les trois observations, plusieurs points nous paraissent devoir être mis en lumière.

(1) V. *France méd.*, n. 83 et 84.

1° Dans les deux premiers cas, on crut devoir transformer la présentation pour éviter des procidences du cordon.

Cette dernière manœuvre devra être par la suite abandonnée, le jour où il sera possible d'avoir un ballon à grosse extrémité concave pour recevoir le sommet de la tête.

2° Une fois le ballon placé, le travail commença presque aussitôt et se termina chez nos deux primipares en un temps très court. Chez la secondipare, le travail ne débuta que deux heures après l'introduction du ballon, mais aussitôt commencé, le travail s'accéléra et se termina rapidement.

3° Chez nos deux primipares, après l'extraction du tronc et des épaules, les seules difficultés qu'on ait éprouvées pour l'extraction de la tête sont localisées au niveau du col et ne sont pas causées par le rétrécissement du bassin.

Ce sont les mêmes difficultés que dans les accouchements par le siège chez les primipares, dont la dilatation n'est suffisante que pour le tronc.

4° Le ballon n'est expulsé que lorsque la voie est frayée pour la tête fœtale par les instruments et la main de l'accoucheur.

5° Le diamètre réel (7 cent.) de la partie la plus large du ballon employé pourrait paraître insuffisant, la dilatation obtenue est pourtant bien près d'être complète puisque le ballon ne sort pas de façon à ce que le col soit perpendiculaire à son axe, mais qu'au contraire, au moment où le ballon est sur le point de sortir du col, il est embrassé par celui-ci suivant une obliquité qui rend nécessaire une dilatation plus considérable du col, la section oblique d'un cylindre ayant un grand axe plus considérable que tous les diamètres des sections perpendiculaires à l'axe du cylindre.

Chaque fois qu'on a introduit le ballon, il est sorti spontanément ou à la suite de tractions, sans qu'on l'eût dégonflé, à travers les parties génitales externes.

On obtient ainsi par ce procédé avant l'accouchement une ampliation utile des parties génitales externes.

On peut dire que, dans les cas où on a employé le ballon, l'accouchement simple a été transformé en un accouchement gémellaire dans lequel le premier fœtus aurait été réduit à la tête, à volume connu.

On ne peut assimiler le procédé que nous avons décrit à celui d'un accouchement forcé. Le ballon introduit, grâce à sa consistance, joue le rôle d'une poche des eaux active. La dilatation obtenue pour être provoquée n'en est pas moins physiologique, puisqu'elle est amenée par les contractions utérines.

Pendant la durée du séjour du ballon dans l'utérus, il n'y a eu dans aucun cas de changement de position.

Dans les deux cas où le siège avait été ramené en bas, il n'y a pas eu de procidence du cordon.

Dans l'observation que nous avons recueillie à Lariboisière, dans le service de M. le Dr Pinard, où l'enfant se présentait par le sommet, il n'y a pas eu de procidence du cordon.

Nous devons dire que, dans deux cas analogues, deux procidences du cordon avaient occasionné la mort du fœtus.

En résumé, dans les trois observations que nous rapportons, le ballon excitateur et dilatateur de M. Champetier de Ribes a déterminé en moins de deux heures le commencement du travail et donné en moins de sept heures le moyen de terminer rapidement l'accouchement, puisque la dilatation complète était toujours obtenue au bout de ce temps. Le ballon a donc supprimé quinze jours avant le terme prévu de la grossesse tous les obstacles à la terminaison de l'accouchement qui auraient pu provenir des parties molles du bassin.

Depuis que ces trois observations ont été publiées, cinq autres observations avec des résultats aussi satisfaisants pour la mère et l'enfant ont été recueillies. Dans quatre de ces cas la version pelvienne n'avait pas été faite préalablement.

OTOLOGIE

—

La surdité paradoxale et son opération,

par le Dr Boucheron (1).

Dans la *surdité paradoxale* ou *paracousie de Willis*, le patient est sourd pour la parole dans une chambre isolée, dans le silence ; et cependant *il entend la même parole dans le bruit*, en voiture, en chemin de fer, dans la rue, et en général dans les milieux où s'entrecoupent pendant un temps assez prolongé des ondes sonores multiples.

M. Boucheron résume ainsi ses recherches sur la *pathogénie et le traitement opératoire* de cette singulière surdité déjà signalée autrefois par Willis.

La *surdité paradoxale*, qui est grave, progressive et quelquefois héréditaire, est une *surdité par compression du labyrinthe*, une des formes de l'otopiésis de οὖς, ὠτός, oreille ; πίεσις, compression et *une demi-surdité pour les harmoniques de la parole.*

En effet, si l'on procède à la *décomposition du labyrinthe* par *l'opération de la mobilisation de l'étrier*, décrite récemment par

(1) Note présentée par M. le professeur Bouchard à l'Académie des sciences.

M. Boucheron (Acad. des sciences, 23 avril 1888), le patient recommence à entendre dans les milieux silencieux autant que dans les milieux bruyants.

Les moyens ordinaires et moins puissants de décompression labyrinthique (insufflations d'air dans la caisse tympanique, etc.) sont au contraire inefficaces et même parfois augmentent la compression et la surdité ; car tout est paradoxal dans cette affection, parce qu'il sont *impuissants pour mobiliser l'étrier*, déjà dans la *position de compression.*

Sur cinquante-deux opérations de mobilisation de l'étrier pour les différentes formes de surdité par otopiésis, M. Boucheron a pratiqué neuf fois l'opération pour la *surdité paradoxale*, avec de bons résultats dans les neuf cas, ce qui était à prévoir théoriquement.

Comme le patient entend les *harmoniques de la parole* dans une circonstance particulière (milieux bruyants), c'est que les éléments anatomiques qui servent à la perception de ces harmoniques existent encore ; ils sont seulement comprimés, gênés dans leur fonctionnement, au début du moins. Mais aussitôt qu'ils sont décomprimés, ils recommencent à fonctionner, et le malade réentend la parole dans les milieux silencieux comme il l'entendait dans les milieux bruyants.

Le *point de départ de cette surdité*, c'est, dans la majorité des cas, *le catarrhe naso ou pharyngo-tubaire*, soit infectieux, soit arthritique, *a frigore*, syphilitique, etc., avec l'obstruction intermittente des trompes, *le vide* de la caisse tympanique par résorption de l'air y contenu, la compression de la membrane tympanique par l'atmosphère sans contrepoids, *compression transmise* par les osselets et l'étrier, au liquide labyrinthique et aux nerfs acoustiques d'où la destruction progressive des nerfs. *Aussi la décompression ne ramène-t-elle l'audition qu'en proportion de ce qui reste du nerf acoustique lors de l'opération.*

Les moyens simples de décompression labyrinthique (insufflations d'air, etc.) sont presque toujours sans résultat (cette surdité était restée presque toujours incurable), parce que le malade est trompé au début par sa demi-audition (dans le bruit) et ne se convainc que tardivement de la diminution réelle et progressive de l'ouïe. Lorsqu'une intervention est réclamée, l'étrier est, en général, déjà fixé assez solidement dans la fenêtre ovale pour ne plus être mobilisable que par l'opération.

Quant à *la nature de cette surdité*, elle se trouve précisée par nos remarques antérieures sur les *surdités dissociées*. Nous avons montré (Acad. des sciences, 26 mars 1888) que certains malades ont une *surdité dissociée*, portant pour les uns seulement sur les sons fonda-

mentaux ; pour d'autres *sur les harmoniques de la parole* surtout ; et pour d'autres sur tous les sons. — Dans la surdité paradoxale, la parole est entendue dans le bruit, c'est donc une *demi-surdité* pour *les harmoniques de la parole* dans les milieux silencieux.

Ces surdités par compression sont justiciables, à une certaine période, de *l'opération de la mobilisation de l'étrier* qui, avec des résultats en rapport avec l'état du nerf acoustique, n'a encore produit aucun accident sérieux sur cinquante-deux cas.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 *juillet* 1888. — *Présidence de* M. POLAILLON.

ORTEILS EN MARTEAU par MM. *Brun* et *Charles*. — M. *Terrier* fait un rapport sur deux opérations d'orteil en marteau faites d'après le procédé indiqué par lui et adressées à la Société par MM. Brun et Charles. Le durillon a été enlevé et circonscrit par une incision curviligne ; les deux extrémités osseuses ont été réséquées et l'orteil redressé. Réunion par première intention sans drain. M. Terrier ajoute la relation d'une troisième opération qu'il a pratiquée, mais pour laquelle il a placé un drain. Le malade s'est levé le dixième jour et dans ces 3 cas le redressement a été obtenu. Ces observations ajoutées aux siennes et à celles venues à sa connaissance, notamment celle de M. Richelot et les deux de M. Schwarts, portent à huit le nombre des malades opérés, et ces huit fois, le succès a été complet. M. Schwarts a fait une incision longitudinale, M. Terrier la préfère transversale et pense qu'avec son manuel opératoire on arrive à des résultats bien meilleurs que ceux cherchés par la section des tendons, la résection d'une seule surface osseuse ou la division des ligaments latéraux, comme le veulent William et Anderson. En terminant M. Terrier lit l'observation curieuse d'un docteur B... qui a vu le martellement des orteils, héréditaire chez lui, s'exagérer de plus en plus depuis son tendre âge jusqu'au moment où il fut pris par le service malgré son infirmité. A cette époque, à l'âge de 21 ans, les douleurs devinrent intolérables. M. Terrier dut intervenir et opérer les quatrième et cinquième orteils. L'opération réussit pleinement et prouve que désormais la résection doit remplacer l'amputation dans la cure de cette affection chirurgicale.

M. *Terrillon* a fait cinq fois l'opération préconisée par M. Terrier et a obtenu cinq fois la guérison par première intention et le redressement. Dans un cas notamment il opéra les deux pieds dans la même séance.

M. *Desprès* défend l'amputation préférée à la résection par Blum

dans son dernier ouvrage. Pour lui, quand il n'y a pas d'ulcération, on doit laisser les malades tranquilles et s'il y a ulcération couper dans la continuité. Il ne faut pas juger la résection avant d'en connaître les résultats éloignés et il se souvient d'un réséqué qui a dû être amputé plus tard à cause de l'ulcération de la cicatrice. M. Terrier n'aurait-il pas eu affaire à l'affection appelée pied creux des interosseux par Duchenne, de Boulogne? D'après l'observation il croirait plutôt à une paralysie acquise qu'à une affection congénitale.

M. *Trélat* trouve l'opération de M. Terrier bien conçue et légitime; quand elle s'adresse à des malades ayant 32, 34 ans où la guérison est soumise à la seule intervention sanglante; mais quand il s'agit d'enfants atteints de cette déviation des orteils, qu'il n'appellera pas pied creux parce que le pied est en général plat, il pense qu'un traitement par le massage, l'électricité et surtout le port d'une semelle particulière suffit pour corriger la difformité. Il possède deux exemples frappants des avantages de ce traitement. Ses deux sujets ont aujourd'hui 21 ans et sont complètement guéris. Il faut avoir soin de traiter ces orteils en *chiens de fusil* de bonne heure pour empêcher les altérations telles que les ankyloses et les durillons de se reproduire. Même après opération, pour sa part, il se servirait d'une semelle pour obtenir la rectitude complète de l'orteil.

M. *Schwartz* a guéri un enfant par la semelle préconisée par M. Trélat; il n'opère que les adultes et cite deux observations dont une signalée par M. Terrier dans son rapport et une autre nouvelle. Il faut se méfier de l'incarnation de l'ongle du gros orteil, lésion qui peut être amenée par le deuxième orteil redressé s'appuyant fortement sur le premier.

M. *Terrier* ajoute à ceux déjà cités les cas qu'on vient de signaler ce qui porte à treize le nombre des succès. Il n'a pas d'expérience pour le traitement des enfants.

Quant aux résultats éloignés, il demande à M. Desprès le nom, l'âge et l'endroit où il a vu la récidive de l'affection : pour son compte il n'en connaît pas. Il fait de plus remarquer qu'il est curieux que le jeune homme qui fait l'objet de sa dernière observation n'ait pas été exempté du service militaire; ce qui tient à ce que le deuxième orteil n'était pas déformé; mais seulement le quatrième et le cinquième.

M. *Chauvel* répond à cela que, peu importe l'orteil déformé quand l'ongle est usé, quand le sujet marche sur l'ongle.

ASCITE CHYLIFORME. — M. *Terrillon* rapporte l'histoire d'une femme de 37 ans atteinte d'ascite ponctionnée plusieurs fois et dernièrement par lui. Liquide semblable à du chyle, quantité 8 litres. Densité 1021 — couleur café au lait — réaction alcaline. Matières fixes 110

grammes pour 1,000; matières albuminoïdes 76 grammes; sels 39.50; matières grasses 21 grammes; l'examen microscopique montra une émulsion graisseuse. La ponction faite, M. Terrillon découvrit une petite tumeur et intervint, ce n'était qu'un petit fibrome attenant à l'utérus, mais le péritoine était rouge, tomenteux, surtout du côté de l'intestin; pas de fissures. Le liquide se reproduisit rapidement. Ces cas sont assez rares et étudiés par Debove, Comment expliquer la présence du chyle? plusieurs théories, la plus ancienne met en cause la rupture des vaisseaux lymphatiques. M. Debove donne une autre explication; le liquide particulier observé ne serait que du pus altéré provenant d'une péritonite purulente. Il est difficile d'accepter cette étiologie car on ne trouve pas de globules de pus dans le liquide et, du reste, Straus a rencontré dans des cas pareils des ruptures de vaisseaux lymphatiques.

M. *Bouilly* demande à M. Terrillon s'il établit un rapport de cause à effet entre la tumeur et la présence du liquide; car il lui est aussi arrivé de croire à des tumeurs malignes à cause de la présence d'un liquide particulier et, la laparotomie faite, de n'avoir à opérer qu'un fibrome à très court pédicule qui ne pouvait pas par ses mouvements enflammer le péritoine, qui pourtant était rouge et tomenteux.

M. *Quénu* établit que, dans l'ascite accompagnant les tumeurs, il faut surtout considérer l'état du péritoine. Quelle que soit la nature du néoplasme, quand il y a ascite, on trouve des granulations qui, examinées paraissent des néoformations inflammatoires. Il y a aussi les cas où le liquide abdominal est la conséquence de la rupture d'un kyste dans le péritoine.

M. *Terrier* rappelle qu'il a signalé que l'ascite dans ces cas devait résulter d'une péritonite chronique; il en est du péritoine comme de la tunique vaginale.

M. *Championnière* croit qu'on ne peut pour le moment rien dire de plus que ce que l'on sait déjà, que l'ascite accompagne en général les tumeurs malignes. Quant au cas de M. Terrillon, il lui rappelle deux malades sur l'épiploon desquelles il a trouvé des varices lymphatiques considérables.

M. *Quénu* soutient que le nombre des faits de tumeurs bénignes accompagnées d'ascite n'est pas aussi rare que cela.

M. *Terrillon* termine en disant qu'il n'a jamais eu l'intention de discuter la question de la présence de l'ascite dans les tumeurs abdominales, qu'il apporte au contraire une observation dans laquelle il a voulu montrer que le liquide n'était pas le liquide de l'ascite.

Extirpation totale du larynx. — M. *Le Dentu* retrace l'histoire d'un homme sur lequel il fit la trachéotomie pour des accidents asphyxiques pressants qui ne lui donnèrent pas le temps de faire le

diagnostic. Plus tard il put examiner le malade et reconnut un épithélioma du larynx il proposa l'extirpation qui fut refusée par l'homme amélioré dans son état et il ne put intervenir que le 5 mars dernier. Il commença par pratiquer très bas une ouverture à la trachée afin d'accoutumer son malade à la canule à tamponnement et fit l'opération largement en enlevant le larynx et une partie de la trachée, depuis l'os hyoïde jusqu'à la fourchette sternale. L'opération ne présenta rien de particulier si ce n'est l'extirpation d'une partie de l'œsophage envahie sur sa face antérieure. Les suites en furent d'abord très bonnes; mais au bout d'un mois la récidive se fit dans le plancher de la bouche, et, quatre mois après l'opération, le malade mourut. A l'autopsie la trachée fut trouvée saine. L'opération fut faite trop tard à cause du refus du malade, la nécessité d'enlever des parties de la trachée et de l'œsophage auraient, même en cas de guérison, rendu la prothèse presque impossible et l'alimentation par la sonde serait toujours nécessaire. Mais l'opération a-t-elle nui au malade?

Non, puisqu'il n'est mort que huit mois après la première trachéotomie, ce qui est la moyenne de survie dans ces opérations.

La trachéotomie est-elle préférable à l'intervention directe? Si on consulte la statistique de Hahn on trouve sur 14 opérations :

3 laryngofissures avec 3 morts rapides.

6 cas de résection unilatérale avec 3 récidives rapides, 2 malades pas suivis et 1 récidive seulement au bout de 2 ans et demi. 11 extirpations totales dans lesquelles 9 morts rapides, mais un cas de survie de huit ans.

Si on consulte la statistique de Hache on trouve sur 105 cas, 43 morts rapides et 62 survivants. dont 28 récidives au bout d'un an.

Pour la trachéotomie la moyenne des morts est moindre; elle n'est que de 20 pour 100, tandis que, calculs faits la mortalité est de 40 pour 100 dans l'extirpation du larynx. On peut donc dire que la trachéotomie est une opération beaucoup plus bénigne que l'extirpation; mais en revanche, d'après la statistique la récidive est beaucoup plus tardive avec l'ablation du larynx. M. Le Dentu termine en signalant ce fait que l'extirpation du larynx est une opération faite aujourd'hui trop tardivement pour qu'en puisse la juger et la comparer à l'ablation de la langue qui s'impose aux chirurgiens malgré les nombreux revers dont elle est suivie.

M. *Bouilly* présente la malade dont il a parlé à la dernière séance, et chez laquelle il a réséqué 16 cent. d'intestin. Elle a augmenté de 22 kilog. depuis l'opération.

M. *Berger* présente une malade à laquelle il a fait la résection tibio-tarsienne. Afin de maintenir le pied dans l'axe, il a fixé le calcanéum au tibia avec une cheville d'ivoire retirée au bout de deux mois sans inconvénients. Eugène ROCHARD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 23 au 28 juillet 1888.

Thèses pour le doctorat. — *Lundi* 23, à 1 heure. — M. Soustre : Sur un procédé opératoire des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. *Président* : M. Lannelongue. — M. Estrada : Contribution à l'étude du traitement chirurgical des fibromes utérins. *Président* : M. Lannelongue. — M. Michel : Étude sur le traitement de la mort apparente des nouveau-nés et le tubage du larynx comme amélioration des procédés de respiration imitée. *Président* : M. Lannelongue. — M. Patrin : De l'albuminurie consécutive aux inhalations chloroformiques. *Président* : M. Gautier. — M. Saint-Hilaire : De l'influence de la température organique sur l'action de quelques substances toxiques. *Président* : M. Ch. Richet. — M. le Serrec de Kervily : Contribution à l'étude de la toux dans la coqueluche. *Président* : M. Ch. Richet. — M. Horcholle : Contribution à l'étude de la chorée rythmée. *Président* : M. Damaschino. — M. Meloir : Étude sur la forme épileptique de la méningite tuberculeuse de l'adulte. *Président* : M. Damaschino. — M. Chamorro : Étude de la tuberculose aiguë des articulations. *Président* : M. Trélat. — M. Oulié : Traitement de l'anévrysme de l'artère poplitée par l'extirpation du sac. *Président* : M. Trélat. — M. Perez : Exploration des uretères. *Président* : M. Guyon. — M. Donnadieu : Rapports de l'albuminurie avec l'ecthyma et l'impétigo. *Président* : M. Fournier. — M. Nozo : Étude historique et clinique sur les syphilides psoriasiformes. *Président* : M. Fournier. — M. Duclos : Du système artériel chez les alcooliques. *Président* : M. Straus.

Mardi 24, à 1 heure. — M. Wiltas : Des plaies du rein par coup de feu. *Président* : M. Richet. — M. Aysaguer : Sur la fracture longitudinale de l'extrémité inférieure des deux os de la jambe. *Président* : M. Richet. — M. Henrix : Phosis (étude séméiologique). *Président* : M. Ball. — M. Bahier : Formose et les Pescadores. *Président* : Brouardel. — M. Forest de Faye : De la déviation consécutive à l'arthrite et de son rôle dans une variété de pied douloureux. *Président* : M. Brouardel. — M. Mendez : Étude de l'artério-sclérose et de sa valeur séméiotique. *Président* : M. Peter. — M. Haralambie : De la pleurésie récidivante ; sa localisation du côté opposé à la première atteinte. *Président* : M. Peter. — M. Lesguillon : De l'atmosphère créosatée et de la créosate dans le traitement de la phthisie pulmonaire. *Président* : M. Bouchard. — M. Baime : Hypertrophie des amygdales. *Président* : M. Bouchard. — M. Sattler : Contribution à l'étude clinique de quelques accidents consécutifs à la téphro-

myélite antérieure aiguë (Paralysie infantile). *Président*: M. Proust. — M. Modelski : Contribution à l'étude des divers modèles de transmission de la fièvre typhoïde. *Président* : M. Proust. — M. Vassaux : Développement de l'œil. *Président* : M. Panas. — M. Martin (Pierre) : Contribution à l'étude des tumeurs des tissus frontaux. *Président* : M. Panas. — M. Issaurat : Le sinus urogénital. *Président* : M. Mathias-Duval. — M. Audollent : Étude critique sur l'emploi de l'acide fluorhydrique dans les affections pulmonaires. *Président* : M. Mathias-Duval. — M. Panne : Trachéotomie dans le croup avec chloroforme (procédé lent). *Président* : M. Le Fort. — M. Goffart : Des suites opératoires éloignées de la résection de la hanche dans la coxalgie et de la valeur comparative de cette opération avec le traitement non sanglant. *Président* : M. Le Fort. — M. Cherigié : De la suture des os. *Président* : M. Le Fort. — M. Macry : De la colite dysentériforme. *Président* : M. Dieulafoy.

Mercredi 25, à 1 heure. — M. Lesur : Des ruptures traumatiques de la vessie. *Président* : M. Guyon. — M. Chrétien : De la thyroïdectomie. *Président* : M. Guyon. — M. Linon : De la ligature au catgut dans le traitement des anévrysmes. *Président* : M. Guyon. — M. Bourdillon : Psoriasis et arthropathies. *Président* : M. Potain. — M. Rouchez : Claquement d'ouverture de la mitrale : *Président* : M. Potain. — M. Baisle : Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique. *Président* : M. Fournier. — M. Sibilat : Traitement de la syphilis par la méthode de Scarenzia. *Président* : M. Fournier. — M. Lanusse-Crousse : De la réunion immédiate sans drainage. *Président* : M. Trélat. — M. Payrau : Des conditions locales qui masquent le diagnostic de l'étranglement herniaire. *Président* : M. Trélat. — M. Gavillan : De l'hystérectomie vaginale dans les cas de fibromes utérins. *Président* : M. Trélat. — M. Puech : Contribution à l'étude des hémiplégies chez le diabétique. *Président* : M. Damaschino. — M. de Gorski : Quelques considérations sur la folie puerpérale et sur sa nature. *Président* : M. Damaschino. — M. Davis : Contribution à l'étude du traitement de la diphthérie, des principes antiseptiques et du lavage des voies respiratoires par un nouveau procédé. *Président* : M. Damaschino. — M. Bagon : Tuberculose pulmonaire dans le diabète sucré. *Président* : M. Damaschino.

(*A suivre*).

NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — Par arrêté ministériel, en date du 12 juillet 1888, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les Drs Coursserant, Fagard,

Guède. Hénocque, Labarthe et Van Gelder, à Paris ; Martialis-Mérault, médecin en chef de la marine; Rampal, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille ; Gagnon, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrant; Lenoël, directeur de l'Ecole de médecine d'Amiens; Lescœur, professeur à la Faculté de médecine de Lille; Turel, professeur à l'Ecole de médecine de Grenoble ; Tripier et Gailleton, professeurs à la Faculté de médecine de Lyon; Castan, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier; Bertin et Jaumes, professeurs à la Faculté de médecine de Montpellier; Heurtaux, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes; M. le pharmacien Radot, à Versailles.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Barbaud, Battesti, Berne, Callamand, Chauveau, Coupard, Guérard, Juranville, Lacroix, Lanteirès, Lemoine, Loupie, Martial-Lagrange, Mouttier, Perrin (C.-A.), Poupon, Rech, Robert. de Soyre, Bonnot, Groslous, Jalabert, Mme Gache-Sarante, à Paris; MM. les docteurs Arragon, médecin aide-major de deuxième classe ; Aubert, médecin-major de première classe; Benoît, à Privas; Bierry, à Moirans; Bourrand, à La Rochefoucauld; Chouet, à Brive ; Coffec, à Quimper; Darolles, à Provins; Faure, à Fontenay-aux-Roses; Hacq, à Maré; Lamarche, à Vérey-sous-Salmaire; Langrais, à Cesny-Bois-Halbout; Metaxas, à Marseille; Mourgues, à Nîmes; Richard médecin-major de première classe; Takvorian-Takvor, à Loury; de Welling, à Rouen ; Nicolas-Duranty, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille ; Gaudron, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon; Cauchois, chef des travaux à l'Ecole de médecine de Rouen; Pojolat, suppléant à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand; Thibaut, agrégé près la Faculté de médecine de Lille; Morat, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Macé et René, agrégés près la Faculté de médecine de Nancy; Forest, médecin du lycée de Troyes ; Bompaire, médecin du collège de Millau; MM. les pharmaciens Lock, à Vernon; Louvet, pharmacien principal de la marine; Saint-Martin, à Vic-Fezensac; Veyrières et Vigier, à Paris ; Garrouste, à Aurillac; Leydié, à Paris; Massol, agrégé à l'Ecole de pharmacie de Montpellier.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'internat.* — L'ouverture du Concours pour les prix de l'Externat et la nomination des internes aura lieu le vendredi 19 octobre, à midi précis. — Le nombre de places à donner sera porté, avant cette date, à la connaissance des candidats.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont tous tenus de prendre part au Concours des Prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 3 septembre jusqu'au mercredi 3 octobre, inclusivement.

Concours de l'externat. — L'ouverture du Concours pour l'Externat aura lieu le lundi 22 octobre, à quatre heures précises, dans l'Amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Trente-cinquième année. — Tome II. N° 86. Mardi 24 Juillet 1888

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome II. N° 86 Mardi 24 Juillet 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Des injections d'eau chaude prolongées dans l'épithélioma du col de l'utérus,

Par M. de Tornery,
Ex-interne des hôpitaux.

Lorsque la première période, dite latente, du cancer du col de l'utérus a disparu pour faire place à une phase plus accusée, où surviennent les douleurs, les hémorrhagies, l'écoulement ichoreux caractéristique, la situation des malades, les médecins ne le savent que trop, devient de plus en plus précaire. Epuisées par des pertes de sang continuelles, énervées par des souffrances souvent atroces qui empêchent tout repos, empoisonnées par la résorption des matières putrides, qui vont quelquefois jusqu'à déterminer une fièvre d'origine septique, les malheureuses femmes tombent dans un marasme profond avant-coureur d'une mort inévitable. Nous nous sommes trouvé bien des fois pendant notre séjour dans les hôpitaux en présence de ces cas contre lesquels la science ne peut rien et nous avons toujours déploré notre impuissance. Les piqûres de morphine prodiguées larga manu atténuent il est vrai les douleurs, mais elles dépriment le système nerveux et contribuent à enlever le peu d'appétit qui reste. Les injections antiseptiques pour être réellement désinfectantes doivent être très fréquemment renouvelées ; enfin le perchlorure de fer, tout en diminuant les hémorrhagies, a le tort grave d'être fort douloureux.

Ayant employé depuis quelque temps avec beaucoup de succès les injections d'eau chaude prolongées dans diverses affections utérines, nous nous sommes demandé si ce moyen, si simple, si inoffensif, ne donnerait pas également des résultats favorables dans les cas d'épithélioma du col de l'utérus. Bien entendu il ne s'agissait pas d'entreprendre une cure radicale d'une affection regardée justement comme au-dessus des ressources de la médecine, lorsque l'ablation

de l'utérus est contre-indiquée, mais de pallier certains symptômes. La marche de la maladie serait ce qu'elle voudrait, nous désirions simplement apporter quelques soulagements aux malades.

Avec l'assentiment très gracieux de nos maîtres, M. Pozzi et M. Moutard-Martin, auxquels nous adressons ici nos remercîments les plus sincères, nous avons pu, à Lourcine en 1886 et à Saint-Antoine en 1887, appliquer ces injections d'eau chaude à de nombreux cas d'épithélioma du col de l'utérus. Plusieurs de nos collègues dans les hôpitaux ont bien voulu contrôler dans leur service les effets produits par cette méthode, qui a été mise également en usage par des médecins de quartier auprès de plusieurs de leurs clientes. Remercions tout particulièrement notre maître M. Chéron qui a bien voulu nous donner des conseils, et surtout M. Jules Batuaud, interne à Saint-Lazare, qui non seulement nous a communiqué ses observations, mais encore nous a fait part de ses remarques personnelles.

Il résulte de tous les faits recueillis par moi-même ou par d'autres, et qui figureront dans une monographie sur l'emploi de l'eau chaude en gynécologie, les conclusions suivantes :

1° Les injections d'eau chaude à la température de 39 à 40° prolongées, c'est-à-dire continuées au moins pendant une demi-heure et faites deux fois par jour, une le matin et une dans l'après-midi vers 4 heures, désinfectent très bien le vagin, en nettoyant complètement ce canal, et en diminuant considérablement la sécrétion ichoreuse. Ce n'est pas là un mince avantage pour la malade et son entourage.

2° Les injections d'eau chaude prolongées atténuent singulièrement les pertes de sang ; il en résulte une reprise très marquée dans l'état général. L'action hémostatique bien connue de l'eau chaude suffit parfaitement pour expliquer l'arrêt des hémorrhagies.

3° Dans la majorité des cas les douleurs sont très amoindries et l'on n'a plus besoin d'avoir recours aux piqûres de morphine dont nous avons signalé plus haut les inconvénients.

Nous avons vu aussi plusieurs fois les masses épithéliomateuses se ratatiner, se durcir, diminuer de volume et leur marche envahissante semblait suspendue. Nous n'avons pas pu, malheureusement, suivre pendant bien longtemps ces cas heureux parce que, comme cela n'a lieu que trop souvent, les patientes notablement soulagées s'ennuyaient de leur séjour à l'hôpital et réclamaient leur sortie. Chez une malade observée en ville, la rémission dure depuis 4 mois. Il est certain que l'on ne fait que retarder le dénouement fatal, mais n'est-ce pas déjà quelque chose que de rendre moins pénible une existence autrefois si misérable. Si l'on n'a pas pu guérir, ce

qui n'est pas toujours donné au médecin, on aura du moins rempli la deuxième partie du célèbre précepte, c'est-à-dire soulagé et consolé !

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 *juillet* 1888. — Présidence de M. SIREDEY.

VERGETURES DE LA FIÈVRE TYPHOIDE. — M. *Bucquoy* présente les aquarelles dont il a parlé dans la dernière séance ; il s'agit d'un jeune garçon de 14 ans et d'une jeune fille de 19 ans, chez qui les vergetures à la suite de fièvre typhoïde se sont montrées non seulement sur les membres inférieurs, mais aussi au voisinage de la crête iliaque et au-dessous des seins.

M. *Barié* a vu succomber depuis la dernière séance le malade dont il a parlé et qui était au cours d'une troisième rechute de fièvre typhoïde. Il présente un lambeau de peau de la région tibio-tarsienne sur laquelle s'étaient développées les vergetures.

DIAGNOSTIC DE L'HÉMOGLOBINURIE. — M. *Hayem* a pu, grâce à l'obligeance de M. Millard, observer et étudier de près la malade dont M. Millard a parlé dans une des dernières séances et qu'il croyait atteinte d'hémoglobinurie. M. Hayem rappelle brièvement l'observation de cette malade et ajoute qu'il a en vain essayé de provoquer chez elle des accès d'hémoglobinurie ; le froid ne fit apparaître qu'une albuminurie passagère avec des phénomènes de cyanose. Cherchant à établir la nature de l'affection rénale dont cette malade était atteinte, M. Hayem fut d'abord amené à formuler le diagnostic de tuberculose que sembla confirmer l'heureux résultat obtenu par un traitement approprié ; mais bientôt la chute des cheveux, l'existence de croûtelles sur le cuir chevelu et une céphalée assez vive firent émettre l'hypothèse d'une syphilis ; les accidents résistèrent d'abord au sirop de Gibert, mais cédèrent rapidement quand on ajouta au traitement l'iodure de potassium.

Pour M. Hayem cette malade est donc vraisemblablemen atteinte de néphrite syphilitique ; il n'a jamais pu observer chez elle d'hémoglobinurie et cependant ses urines sont fortement colorées, presque noires à certains moments, quoique restant translucides. A ce propos M. Hayem insiste sur le diagnostic entre l'hémoglobinurie et l'hématurie ; il est important de n'examiner qu'une urine fraîche et filtrée, sinon on s'expose à trouver aux urines d'un hématurique les caractères même spectroscopiques des urines hémoglobinuriques. Cette malade n'étant pas hémoglobinurique, n'était-elle pas hémoglobinémique, comme pouvait le faire penser l'examen de son urine qui

s'est toujours montrée et se montre encore nettement colorée en rouge cerise et parfaitement laquée ? Si ce fait était exact il tendrait à prouver l'indépendance de la dissolution des globules dans le sérum et de l'hémoglobinurie, mais une observation encore plus minutieuse a permis à M. Hayem de constater que le sang de cette malade recueilli dans une éprouvette laissait d'abord se former quelques gouttelettes de sérum absolument normal, et qu'ensuite le sérum se colorait par dissolution globulaire au fur et à mesure de la rétraction du caillot. M. Hayem a observé plusieurs fois ce phénomène dans ces dernières années, mais il ne peut donner d'explication sur ce fait encore à l'étude.

M. *Millard* remercie M. Hayem du soin qu'il a mis à étudier la malade qu'il lui a adressée ; il explique comment il a pu émettre par erreur le diagnostic d'hémoglobinurie et formule quelques doutes sur la nature syphilitique des accidents.

M. *Fèréol* pense qu'il faut dans les difficultés du diagnostic de l'hémoglobinurie faire rentrer la simulation.

ANGINE DE POITRINE. — M. *Troisier* présente le cœur d'un homme alcoolique, tabagique et syphilitique mort d'angine de poitrine huit mois après le début des accidents angineux. La crosse de l'aorte n'est pas dilatée, elle porte de nombreuses plaques d'athérome ; les artères coronaires sont l'une oblitérée, l'autre rétrécie.

M. *Huchard* rapporte l'observation d'une femme de 57 ans atteinte de double lésion aortique avec aortite subaiguë et accès angineux pseudo-gastralgique ; à l'autopsie il a trouvé l'artère coronaire gauche rétrécie et l'artère coronaire droite dilatée par compensation. M. Huchard insiste ensuite sur les dangers que l'hypertension artérielle fait courir aux malades atteints d'angine de poitrine.

M. *Barié* a recueilli dernièrement des pièces absolument identiques à celles dont il vient d'être question. Il s'agissait d'un homme de 50 ans chez lequel on a trouvé une sclérose généralisée, une double lésion aortique ; l'artère coronaire antérieure avait conservé son apparence normale, mais la postérieure, d'abord dilatée sur une étendue de 1 centimètre, est ensuite très notablement rétrécie.

SAPELIER.

VARIÉTÉS

Les centenaires en France (recensement de 1886),

Par M. Émile LEVASSEUR.

(*Communication faite sur l'invitation du Ministère du Commerce et de l'Industrie.*)

Il existe des centenaires, mais le nombre en est moins grand qu'on ne le suppose d'ordinaire.

Les jeunes femmes ont la coquetterie de se rajeunir ; au contraire, les vieillards qu'on cite pour leur très grand âge ont la vanité de se vieillir pour se faire admirer. Les octogénaires que l'on consulte sur l'âge de leurs aînés, lorsque ces aînés approchent de la centaine ou l'ont dépassée, sont portés à les dire plus vieux qu'ils ne sont réellement, parce qu'ils s'imaginent les avoir toujours vus vieux, les ayant toujours connus plus âgés qu'eux. De là des illusions et des exagérations sur le nombre des centenaires, que les traditions bibliques sont de nature à encourager.

Cependant si, au lieu de s'en tenir aux vieillesses fabuleuses des premiers patriarches, on cherche des textes plus authentiques, on voit dans la Bible même un psaume (1), attribué à Moïse, employer pour caractériser la durée de la vie humaine des termes que ne désavouerait pas un démographe du XIXe siècle : *Dies annorum nostrorum in ipsis septuaginta anni. Si autem potentatibus, octoginta anni.*

Le chef du bureau de la Statistique de Bavière est, à ma connaissance, le premier qui ait cherché à contrôler, à propos du dénombrement de 1871, les déclarations de centenaires. Il y en avait 37. Vérification faite sur les registres de l'état civil constatant la date de la naissance, il se trouva qu'il n'y avait, en réalité, qu'une femme qui avait vécu plus d'un siècle.

A la même époque, le Canada, qui jouit depuis longtemps du renom de longévité, a procédé à une investigation du même genre. On y citait 421 personnes comme étant mortes centenaires. Sur ce nombre, l'administration a pu reconstituer, à l'aide de pièces authentiques, l'état civil de 82 personnes, et il s'est trouvé que 9 seulement, 5 hommes et 4 femmes, avaient véritablement vécu plus de cent ans.

(1) Psaumes, XC, v. 10. Voici la traduction du verset entier (traduction de Louis Segond, faite sur le texte hébreu) : « Les jours de nos années s'élèvent à soixante-dix ans, et, pour les plus robustes, à quatre-vingts ans ; et l'orgueil qu'ils en tirent n'est que peine et misère, car il passe vite, et nous nous envolons. » L'esprit du psaume autorise à penser que l'auteur était disposé à assigner à la vie humaine une durée plutôt un peu abrégée que trop étendue.

En France, le Ministre du Commerce et de l'Industrie a voulu établir aussi un contrôle du même genre, à propos du dénombrement de 1886.

Il a communiqué au Conseil supérieur de Statistique les résultats de l'enquête faite à ce sujet, laquelle a été dirigée par M. Vannacque, chef de division, et recueillie par M. Turquan, chef de bureau de la Statistique générale de France, et il m'a chargé de les porter à la connaissance de l'Institut. Je dépose sur le bureau la copie du Rapport adressé au Ministre par M. Vannacque et je demande à l'Académie la permission de lui présenter un résumé des faits qui y sont contenus.

Les premiers états envoyés au Ministère portaient 184 centenaires. Les préfets ont été invités à faire rechercher par les maires l'acte de naissance ou des pièces authentiques établissant avec certitude l'âge de ces personnes. Au premier examen, il a été reconnu que 101 personnes avaient été inscrites à tort dans cette catégorie, soit qu'elles eussent un grand âge (1) sans avoir encore un siècle d'existence, soit que leur inscription résultât d'une déclaration fausse par le recensé (2) ou d'une erreur de transcription par le recenseur (3). Sur 83 personnes déclarées centenaires, après examen, 67 ne l'ont été que sur l'affirmation de leurs proches, sans qu'ils pussent fournir d'acte; il y a assurément dans cette catégorie un certain nombre de vieillards qui n'ont pas encore le droit d'y figurer.

Des pièces authentiques, comme acte de baptême, congé de réforme, etc., ne sont parvenues au bureau de Statistique que pour 16 centenaires. Parmi ces derniers se trouve un homme (Joseph Ribas), né à San Estevan de Litera, en Espagne, et baptisé le 20 août 1770, qui avait par conséquent, en 1886, 116 ans et 9 mois; il vit ou du moins il vivait encore en 1888 à Tarbes; il a été marié à 50 ans, il a eu 7 enfants et il est devenu veuf à 100 ans. Si cet homme n'a pas emprunté l'acte de baptême d'un frère aîné, — ce qui n'est pas probable, puisqu'il existe en France des actes datant d'une époque où il n'avait aucun intérêt d'amour-propre à se vieillir, — c'est un centenaire bien authentique et l'on doit en trouver très rarement d'un aussi grand âge. Les autres, au nombre de 82, avaient

(1) 41 avaient au moins 90 ans.

(2) 3 personnes ayant 25, 30 et 31 ans ont déclaré par plaisanterie avoir 100 ans; 8 ont été portées comme centenaires, ayant de 77 à 89 ans.

(3) Un enfant de 6 ans a été porté comme centenaire parce qu'on a inscrit pour date de sa naissance 1780 au lieu de 1880; 48 personnes, devant être portées à la ligne « âge inconnu » ont été portées par erreur à la ligne précédente : 100 ans et plus.

de 100 à 105 ans; une veuve atteignait même peut-être 112 ans, mais c'est un centenaire dont l'âge semble fort douteux. Les femmes étaient en majorité (1). Il y avait naturellement peu de couples mariés (2), il y avait quelques célibataires, beaucoup de veufs et surtout de veuves (3). Une d'elles, âgée de 103 ans, la femme Roskowski, née Mazurkiewicz, fille d'un chambellan de Stanislas II et sœur d'un général du génie, a fait les campagnes de Pologne comme aide chirurgien-major avec son mari qui était capitaine adjudant-major; elle compte douze campagnes et a reçu deux blessures; elle vit aujourd'hui d'un secours de 60 francs par mois que lui accorde le gouvernement français. Le plus grand nombre des centenaires est dans l'indigence (4).

Il n'y a aucune raison de penser que le nombre des centenaires augmente ou diminue aujourd'hui en France, de même qu'il n'y a aucun motif de croire qu'on vivait plus longtemps dans les siècles passés que de notre temps. Or, depuis une vingtaine d'années, l'état civil enregistre en moyenne 73 décès de centenaires par an, nombre dans lequel il doit se trouver, comme dans les déclarations faites à propos du dénombrement, mais dans une proportion vraisemblablement moindre, des exagérations.

Le recensement a enregistré plus de centenaires dans le sud-ouest que dans le reste de la France. Or le relevé des décès confirme cette répartition; car le quart des centenaires morts de 1866 à 1885 appartiennent à six départements : la Gironde, les Landes et, au pied des Pyrénées, les Basses-Pyrénées, les Hautes-Pyrénées, la Haute-Garonne et l'Ariège, et une carte dressée par M. Turquan fait voir que tout le bassin de la Garonne, des Pyrénées au Puy-de-Dôme, compte à lui seul autant de décès de centenaires que le reste de la France (5). Vit-on réellement plus longtemps dans cette région ou, sur les bords de la Garonne, est-on plus porté à l'exagération qu'ailleurs? Il paraît difficile, cependant, d'admettre complètement cette fin de non-recevoir en présence d'un groupement aussi régulier.

Entre le nombre de 73 décès de centenaires et celui de 83 centenaires acceptés comme probables après enquête, la différence n'est pas considérable. En ramenant, par hypothèse et pour tenir compte des exagérations, le nombre des véritables centenaires qui existent

(1) 52 femmes, 31 hommes.

(2) 1 femme et 2 (?) hommes.

(3) 6 célibataires du sexe masculin, 16 du sexe féminin ; 23 veufs, 41 veuves.

(4) 22 étaient dans l'indigence, 47 dans une position très modeste, 7 dans une position modeste, 7 seulement dans une position aisée ou très aisée.

(5) La moitié des 1,470 centenaires morts dans une période de vingt ans appartiennent à un groupe compact de 21 départements du sud-ouest et du centre.

aujourd'hui à une cinquantaine environ, on n'est peut-être pas éloigné de la vérité. Si nous acceptons cette hypothèse et si nous calculons le rapport d'après le nombre des naissances, qui était en moyenne de 940.000 de 1771 à 1779, on trouve que la génération qui a traversé le XIXe siècle a eu une chance sur 18.800 d'atteindre l'âge de 100 ans.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 23 au 28 juillet 1888.

(Suite et fin)

Jeudi 26, à 1 heure. — M. ARCHAMBAULT : De la trépanation primitive dans les fractures de la voûte du crâne. *Président* : M. Richet. — M. SEMIAC : Kystes à grains riziformes du poignet et de la main. *Président* : M. Richet. — M. ALBOURNAC : De l'influence de l'alcool sur la santé des enfants. *Président* : M. Dieulafoy. — M. LAMIOT : De la situation des fœtus et des œufs dans la grossesse gémellaire. *Président* : M. Brouardel. — M. LEUILLEUX : Le Soya Hispida ; sa valeur alimentaire et son indication dans le diabète sucré et comme moyen de sustentation dans les opérations à pratiquer chez les glycosuriques. *Président* : M. Brouardel. — M. LAMY : Contribution à l'hygiène navale. Les avisos de fleuves au Sénégal. *Président* : M. Brouardel. — M. PESSEZ : Essai sur les polyuries et les albuminuries d'origine nerveuse. *Président* : M. Brouardel. — M. ARGUEYROLLES : Contribution à l'étude de l'œdème et de l'anasarque de nature rhumatismale. Coexistence de la dilatation de l'estomac. *Président* : M. Bouchard. — M. GAIFFE : Des phénacétines. *Président* : M. Bouchard. — M. COURNIAC : Du délire hypochondriaque (valeur séméiologique). *Président* : M. Bouchard. — M. CARRIÈRE : Du rétrécissement pulmonaire congénital chez l'adulte. *Président* : M. Proust. — M. MERCIER : Fièvre typhoïde avec lésions prédominantes du gros intestin. *Président* : M. Proust. — M. BORIÈS : Aperçu médical sur la maison départementale de Nanterre. *Président* : M. Proust. — M. LAUZET : Aperçu général sur les écrits des aliénés. *Président* : M. Ball. — M. PISON : De l'asymétrie fronto-faciale dans l'épilepsie. *Président* : M. Ball. — M. FOURIAUX : Contribution à l'étude du traumatisme dans ses rapports avec l'aliénation mentale. *Président* : M. Ball. — M. EYMERY : Étude sur la dyspnée dans les maladies du cœur et de l'aorte. *Président* : M. Ball. — M. DELACROIX : Contribution à l'étude du strophantus. *Président* : M. Laboulbène. — M. THIBAL : Sclérose tubéreuse ou hypertrophique. *Président* : M. Laboulbène. — M. PIERRE :

Quelques considérations sur la présence des larves de la docilia ismivœra dans les fosses nasales. *Président* : M. Laboulbène.

Vendredi 27, à 1 heure. — M. LAUGIER : De la dilatation du cœur dans les maladies aiguës. *Président* : M. Potain. — M. JACQUOT : De l'infection tuberculeuse par voie génitale. *Président* : M. Fournier. — M. JACQUET : Des syphiloïdes postérieures érosives. *Président* : M. Fournier. — M. BAUDIER : Du traitement des plaques muqueuses hypertrophiques persistantes chez les femmes. *Président* : M. Fournier. — M. PUIG : De la fièvre et des complications dans la varicelle. *Président* : M. Damaschino. — M. BOISVERT : Étude clinique des formes atténuées de la paralysie alcoolique. *Président* : M. Damaschino. — M. QUIROGA : Étude sur l'ulcère gastro-duodénal d'origine infectieuse. *Président* : M. Damaschino. — M. JACOB : Exploration du conduit auditif et de l'oreille moyenne. Diagnostic des affections de la caisse du tympan. *Président* : M. Damaschino. — M. CHAMPEIL : Contribution à l'étude des cystites tardives dans la blennorrhagie. *Président* : M. Guyon. — M. TOURNIER : Essai sur les labiélites tertiaires. *Président* : M. Guyon. — M. VANNEUFVILLE : Étude clinique et expérimentale sur la néphrorhaphie. *Président*: M. Guyon.

Samedi 28, à 1 heure. — M. VILDERMANN : Signes et diagnostic des grossesses triples. *Président* : M. Brouardel. — M. WAYNBAUM : De différentes manœuvres employées pour dégager la tête dernière arrêtée sur le plancher périnéal et leur comparaison avec les applications de forceps. *Président* : M. Brouardel. — M. DIEUDONNÉ : Quelques cas de fausse gangrène du poumon. *Président* : M. Brouardel. — M. CAUSIT : Du sourd-muet et de sa prédisposition à contracter la phthisie. *Président* : M. Ball. — M. D'OGER DE SPEVILLE : Maladie de Morvan. *Président* : M. Dieulafoy. — M FAUVEL : Étude de quelques cas de cirrhose atrophique sans ascite. *Président* : M. Dieulafoy. — M. VAUTHRIN : Dosage de l'hémoglobine par la méthode spectroscopique du Dr Hénocque. Les applications à la clinique. *Président* : M. Dieulafoy.

NÉCROLOGIE

Le Dr BACQUIAS (Marie-Eugène), ancien interne des hôpitaux de Paris (1850), né à Essoyes (Aube), ancien député de l'Aube (1881), ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Troyes, chevalier de la Légion d'honneur. Ses obsèques purement civiles ont eu lieu samedi 21 juillet.

Le Dr BRIOIS, de Paris, reçu en 1881.

Le Dr GUILLIER, de Saint-Mandé.

M. BARBRY, officier de santé à Wattrelos (Nord).

M. CREUZET, officier de santé à la Gravelle (Mayenne).

NOUVELLES

Légion d'honneur. Par décret, en date du 12 juillet 1888, M. e professeur Willm, lauréat de l'Académie de médecine, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Hopitaux de Paris. — Pendant les vacances scolaires, MM. les professeurs de clinique de la Faculté de médecine de Paris, dont les noms suivent, seront remplacés dans leur service hospitalier, par MM. les agrégés ci-dessous désignés :

Hôtel-Dieu : MM. les professeurs Panas et Richet par M. le docteur Campenon.

Hôpital de la Charité : M. le professeur Trélat par M. le docteur Paul Segond.

Hôpital de la Pitié. M. le professeur Jaccoud par M. le docteur Chauffard ; M. le professeur Verneuil par M. le docteur Jalaguier.

Hôpital Necker : M. le professeur Peter par M. le docteur Ballet ; M. le professeur Le Fort par M. le docteur Kirmisson.

Hôpital des Enfants-Malades : M. le professeur Grancher par M. le docteur Hutinel

Hôpital Saint-Louis : M. le professeur Fournier par M. le docteur Quinquaud.

Hôpital de la Salpêtrière : M. le professeur Charcot par M. le docteur Brissaud.

L'École de santé militaire. — Le projet sur la réorganisation d'une école du service de santé militaire a donné lieu à une discussion qui eût vivement intéressé la Chambre sans la préoccupation qui a dominé les trois premières heures de la séance : Le Sénat s'ajourne-t-il à demain? Lira-t-on aujourd'hui le décret de clôture?

Il faut savoir que, depuis la fermeture forcée de l'école créée à Strasbourg en 1860, la carrière est devenue libre ; les futurs médecins militaires prenaient leurs grades dans les Facultés. En 1883, un décret institua deux écoles de santé : l'une à Nancy, l'autre à Bordeaux. Aujourd'hui, l'on propose de revenir sur ce décret, mais sans maintenir le *statu quo*, c'est-à-dire le régime de la liberté : on créerait une école unique, où les aspirants seraient casernés.

M. Labrousse, député de la Corrèze, ancien médecin militaire, a défendu le système du gouvernement. Il faut, selon lui, que les médecins militaires soient avant tout des soldats ; il faut aussi qu'ils soient des organisateurs, et il a rappelé, aux applaudissements de la Chambre, qu'en décembre 1870 des milliers de blessés avaient dû la vie à l'énergie d'un seul homme, qui sut trouver dans son esprit d'organisation les moyens de les soigner, de les nourrir, de les vêtir : cet homme, c'était le commissaire du gouvernement siégeant à côté du ministre, M. Dujardin-Beaumetz.

M. Mézières a défendu avec tout son talent et tout son cœur un amendement tendant au maintien des deux écoles instituées par le décret de 1883.

Il a rappelé que les deux cinquièmes de nos médecins militaires sont fournis par l'Alsace, par la Lorraine et par les Ardennes; deux autres cinquièmes proviennent du sud-ouest, du pays entre Toulouse et Bordeaux : c'est ce qui avait déterminé les désignations de 1883, et Nancy n'a-t-il pas d'ailleurs des droits à hériter de Strasbourg ? M. Thiers l'avait compris lorsqu'il disait : « Je ne crée pas la Faculté de médecine de Nancy; je rétablis à Nancy la Faculté de Strasbourg. » Est-ce que ce ne sont pas les futurs médecins militaires qui font vivre cette Faculté, et les étudiants qui s'y préparent à cette carrière toute de dévouement, et qui ont prouvé récemment leur attachement aux institutions libérales, ne sont-ils pas presque tous des exilés? Il s'agit de populations qui payent la rançon de nos malheurs. Faut-il donc ajouter à tant de douleurs une nouvelle tristesse?

Le rapporteur, M. Gadaud, a combattu l'amendement en rappelant que ce n'était pas à la Chambre qu'il appartenait de désigner la ville où devra être établie l'Ecole de santé militaire : il est partisan d'une Ecole unique, tant au point de vue de l'unité d'enseignement qu'au point de vue de l'économie.

M. Deandreis a défendu le système actuel, qui laisse toute liberté aux jeunes médecins, et a demandé le maintien du *statu quo*.

Le vote a été enlevé par le ministre de la guerre, qui a montré que M. Deandreis confondait l'instruction technique avec l'esprit militaire. Il faut que le médecin militaire ait l'esprit de corps, qu'il connaisse la discipline du régiment, qu'il apprenne à commander en apprenant à obéir. Quant à la dualité des écoles, ne vaut-il pas mieux consacrer toutes les ressources disponibles pour réunir sur un seul point des moyens d'enseignement, des laboratoires, des amphithéâtres mieux outillés?

M. Mézières a si bien senti que cette thèse *in abstracto* ne pouvait se soutenir, qu'il s'est contenté de demander que l'Ecole fut établie à Nancy.

Toutes les fois qu'on parle de Nancy, a ajouté M. de Freycinet, de cette terre voisine de la frontière, on éveille des sentiments qui font qu'on est prêt à se rendre et à voter avec celui qui parle ainsi; mais il faut savoir résister à ces entraînements; nous ne sommes pas ici pour prendre des solutions de sentiment, mais bien celles que les intérêts généraux indiquent, celles que la raison conseille.

Ce ne sont pas les intérêts d'une ville ou du patriotisme qui doivent nous dominer, c'est l'intérêt de l'armée. Nous devons avoir un établissement qui réponde aux besoins du service. D'ailleurs, c'est faire aussi du patriotisme que d'adopter la solution la plus conforme aux intérêts de l'armée. Nous devons donc choisir pour centre d'instruction celui qui s'adapte le mieux aux nécessités du service de santé de l'armée. (Très bien! très bien!)

Nancy sera-t-il ce centre? ne le sera-t-il pas? Je ne préjuge pas la question.

Véritablement, à voir l'insistance montrée par l'honorable M. Mézières

NOUVELLES

LÉGION D'HONNEUR. Par décret, en date du 12 juillet 1888, M. e professeur Willm, lauréat de l'Académie de médecine, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

HOPITAUX DE PARIS. — Pendant les vacances scolaires, MM. les professeurs de clinique de la Faculté de médecine de Paris, dont les noms suivent, seront remplacés dans leur service hospitalier, par MM. les agrégés ci-dessous désignés :

Hôtel-Dieu : MM. les professeurs Panas et Richet par M. le docteur Campenon.

Hôpital de la Charité : M. le professeur Trélat par M. le docteur Paul Segond.

Hôpital de la Pitié. M. le professeur Jaccoud par M. le docteur Chauffard ; M. le professeur Verneuil par M. le docteur Jalaguier.

Hôpital Necker : M. le professeur Peter par M. le docteur Ballet ; M. le professeur Le Fort par M. le docteur Kirmisson.

Hôpital des Enfants-Malades : M. le professeur Grancher par M. le docteur Hutinel

Hôpital Saint-Louis : M. le professeur Fournier par M. le docteur Quinquaud.

Hôpital de la Salpêtrière : M. le professeur Charcot par M. le docteur Brissaud.

L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le projet sur la réorganisation d'une école du service de santé militaire a donné lieu à une discussion qui eût vivement intéressé la Chambre sans la préoccupation qui a dominé les trois premières heures de la séance : Le Sénat s'ajourne-t-il à demain? Lira-t-on aujourd'hui le décret de clôture?

Il faut savoir que, depuis la fermeture forcée de l'école créée à Strasbourg en 1860, la carrière est devenue libre ; les futurs médecins militaires prenaient leurs grades dans les Facultés. En 1883, un décret institua deux écoles de santé : l'une à Nancy, l'autre à Bordeaux. Aujourd'hui, l'on propose de revenir sur ce décret, mais sans maintenir le *statu quo*, c'est-à-dire le régime de la liberté : on créerait une école unique, où les aspirants seraient casernés.

M. Labrousse, député de la Corrèze, ancien médecin militaire, a défendu le système du gouvernement. Il faut, selon lui, que les médecins militaires soient avant tout des soldats ; il faut aussi qu'ils soient des organisateurs, et il a rappelé, aux applaudissements de la C[illegible] qu'en décembre 1870 des milliers de blessés avaient dû la [illegible] d'un seul homme, qui sut trouver dans son esprit [illegible] moyens de les soigner, de les nourrir, de les vêti[illegible] commissaire du gouvernement siégeant à cô[illegible] Beaumetz.

M. Mézières a défendu avec tout so[illegible] dement tendant au maintien des [illegible] 1883.

Il a rappelé que les deux cinquièmes de nos médecins militaires sont fournis par l'Alsace, par la Lorraine et par les Ardennes ; deux autres cinquièmes proviennent du sud-ouest, du pays entre Toulouse et Bordeaux : c'est ce qui avait déterminé les désignations de 1883, et Nancy n'a-t-il pas d'ailleurs des droits à hériter de Strasbourg ? M. Thiers l'avait compris lorsqu'il disait : « Je ne crée pas la Faculté de médecine de Nancy ; je rétablis à Nancy la Faculté de Strasbourg. » Est-ce que ce ne sont pas les futurs médecins militaires qui font vivre cette Faculté, et les étudiants qui s'y préparent à cette carrière toute de dévouement, et qui ont prouvé récemment leur attachement aux institutions libérales, ne sont-ils pas presque tous des exilés ? Il s'agit de populations qui payent la rançon de nos malheurs. Faut-il donc ajouter à tant de douleurs une nouvelle tristesse ?

Le rapporteur, M. Gadaud, a combattu l'amendement en rappelant que ce n'était pas à la Chambre qu'il appartenait de désigner la ville où devra être établie l'Ecole de santé militaire : il est partisan d'une Ecole unique, tant au point de vue de l'unité d'enseignement qu'au point de vue de l'économie.

M. Deandreis a défendu le système actuel, qui laisse toute liberté aux jeunes médecins, et a demandé le maintien du *statu quo*.

Le vote a été enlevé par le ministre de la guerre, qui a montré que M. Deandreis confondait l'instruction technique avec l'esprit militaire. Il faut que le médecin militaire ait l'esprit de corps, qu'il connaisse la discipline du régiment, qu'il apprenne à commander en apprenant à obéir. Quant à la dualité des écoles, ne vaut-il pas mieux consacrer toutes les ressources disponibles pour réunir sur un seul point des moyens d'enseignement, des laboratoires, des amphithéâtres mieux outillés ?

M. Mézières a si bien senti que cette thèse *in abstracto* ne pouvait se soutenir, qu'il s'est contenté de demander que l'Ecole fut établie à Nancy.

Toutes les fois qu'on parle de Nancy, a ajouté M. de Freycinet, de cette terre voisine de la frontière, on éveille des sentiments qui font qu'on est prêt à se rendre et à voter avec celui qui parle ainsi ; mais il faut savoir résister à ces entraînements ; nous ne sommes pas ici pour prendre des solutions de sentiment, mais bien celles que les intérêts généraux indiquent, celles que la raison conseille.

Ce ne sont pas les intérêts d'une ville ou du [illegible] doivent nous dominer, c'est l'intérêt de l'armée. Nou[illegible]ablissement qui réponde aux besoins du service. [illegible] aussi du patriotisme que d'adopter la solution [illegible] intérêts de l'armée. Nous devo[illegible] choisi[illegible]tion celui qui s'adapte le mie[illegible]e l'armée. (*Très bien ! très b*[illegible]

Nancy [illegible]e ne préjuge [illegible]

NOUVELLES

LÉGION D'HONNEUR. Par décret, en date du 12 juillet 1888, M. e professeur Willm, lauréat de l'Académie de médecine, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

HOPITAUX DE PARIS. — Pendant les vacances scolaires, MM. les professeurs de clinique de la Faculté de médecine de Paris, dont les noms suivent, seront remplacés dans leur service hospitalier, par MM. les agrégés ci-dessous désignés :

Hôtel-Dieu : MM. les professeurs Panas et Richet par M. le docteur Campenon.

Hòpital de la Charité : M. le professeur Trélat par M. le docteur Paul Segond.

Hôpital de la Pitié. M. le professeur Jaccoud par M. le docteur Chauffard ; M. le professeur Verneuil par M. le docteur Jalaguier.

Hôpital Necker : M. le professeur Peter par M. le docteur Ballet ; M. le professeur Le Fort par M. le docteur Kirmisson.

Hôpital des Enfants-Malades : M. le professeur Grancher par M. le docteur Hutinel

Hôpital Saint-Louis : M. le professeur Fournier par M. le docteur Quinquaud.

Hôpital de la Salpêtrière : M. le professeur Charcot par M. le docteur Brissaud.

L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le projet sur la réorganisation d'une école du service de santé militaire a donné lieu à une discussion qui eût vivement intéressé la Chambre sans la préoccupation qui a dominé les trois premières heures de la séance : Le Sénat s'ajourne-t-il à demain? Lira-t-on aujourd'hui le décret de clôture?

Il faut savoir que, depuis la fermeture forcée de l'école créée à Strasbourg en 1860, la carrière est devenue libre ; les futurs médecins militaires prenaient leurs grades dans les Facultés. En 1883, un décret institua deux écoles de santé : l'une à Nancy, l'autre à Bordeaux. Aujourd'hui, l'on propose de revenir sur ce décret, mais sans maintenir le *statu quo*, c'est-à-dire le régime de la liberté : on créerait une école unique, où les aspirants seraient casernés.

M. Labrousse, député de la Corrèze, ancien médecin militaire, a défendu le système du gouvernement. Il faut, selon lui, que les médecins militaires soient avant tout des soldats ; il faut aussi qu'ils soient des organisateurs, et il a rappelé, aux applaudissements de la Chambre, qu'en décembre 1870 des milliers de blessés avaient dû la vie à l'énergie d'un seul homme, qui sut trouver dans son esprit d'organisation les moyens de les soigner, de les nourrir, de les vêtir : cet homme, c'était le commissaire du gouvernement siégeant à côté du ministre, M. Dujardin-Beaumetz.

M. Mézières a défendu avec tout son talent et tout son cœur un amendement tendant au maintien des deux écoles instituées par le décret de 1883.

Il a rappelé que les deux cinquièmes de nos médecins militaires sont fournis par l'Alsace, par la Lorraine et par les Ardennes; deux autres cinquièmes proviennent du sud-ouest, du pays entre Toulouse et Bordeaux : c'est ce qui avait déterminé les désignations de 1883, et Nancy n'a-t-il pas d'ailleurs des droits à hériter de Strasbourg ? M. Thiers l'avait compris lorsqu'il disait : « Je ne crée pas la Faculté de médecine de Nancy ; je rétablis à Nancy la Faculté de Strasbourg. » Est-ce que ce ne sont pas les futurs médecins militaires qui font vivre cette Faculté, et les étudiants qui s'y préparent à cette carrière toute de dévouement, et qui ont prouvé récemment leur attachement aux institutions libérales, ne sont-ils pas presque tous des exilés? Il s'agit de populations qui payent la rançon de nos malheurs. Faut-il donc ajouter à tant de douleurs une nouvelle tristesse?

Le rapporteur, M. Gadaud, a combattu l'amendement en rappelant que ce n'était pas à la Chambre qu'il appartenait de désigner la ville où devra être établie l'Ecole de santé militaire : il est partisan d'une Ecole unique, tant au point de vue de l'unité d'enseignement qu'au point de vue de l'économie.

M. Deandreis a défendu le système actuel, qui laisse toute liberté aux jeunes médecins, et a demandé le maintien du *statu quo*.

Le vote a été enlevé par le ministre de la guerre, qui a montré que M. Deandreis confondait l'instruction technique avec l'esprit militaire. Il faut que le médecin militaire ait l'esprit de corps, qu'il connaisse la discipline du régiment, qu'il apprenne à commander en apprenant à obéir. Quant à la dualité des écoles, ne vaut-il pas mieux consacrer toutes les ressources disponibles pour réunir sur un seul point des moyens d'enseignement, des laboratoires, des amphithéâtres mieux outillés?

M. Mézières a si bien senti que cette thèse *in abstracto* ne pouvait se soutenir, qu'il s'est contenté de demander que l'Ecole fut établie à Nancy.

Toutes les fois qu'on parle de Nancy, a ajouté M. de Freycinet, de cette terre voisine de la frontière, on éveille des sentiments qui font qu'on est prêt à se rendre et à voter avec celui qui parle ainsi; mais il faut savoir résister à ces entraînements; nous ne sommes pas ici pour prendre des solutions de sentiment, mais bien celles que les intérêts généraux indiquent, celles que la raison conseille.

Ce ne sont pas les intérêts d'une ville ou du patriotisme qui doivent nous dominer, c'est l'intérêt de l'armée. Nous devons avoir un établissement qui réponde aux besoins du service. D'ailleurs, c'est faire aussi du patriotisme que d'adopter la solution la plus conforme aux intérêts de l'armée. Nous devons donc choisir pour centre d'instruction celui qui s'adapte le mieux aux nécessités du service de santé de l'armée. (Très bien! très bien!)

Nancy sera-t-il ce centre? ne le sera-t-il pas? Je ne préjuge pas la question.

Véritablement, à voir l'insistance montrée par l'honorable M. Mézières

NOUVELLES

Légion d'honneur. Par décret, en date du 12 juillet 1888, M. e professeur Willm, lauréat de l'Académie de médecine, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Hopitaux de Paris. — Pendant les vacances scolaires, MM. les professeurs de clinique de la Faculté de médecine de Paris, dont les noms suivent, seront remplacés dans leur service hospitalier, par MM. les agrégés ci-dessous désignés :

Hôtel-Dieu : MM. les professeurs Panas et Richet par M. le docteur Campenon.

Hôpital de la Charité : M. le professeur Trélat par M. le docteur Paul Segond.

Hôpital de la Pitié. M. le professeur Jaccoud par M. le docteur Chauffard ; M. le professeur Verneuil par M. le docteur Jalaguier.

Hôpital Necker : M. le professeur Peter par M. le docteur Ballet ; M. le professeur Le Fort par M. le docteur Kirmisson.

Hôpital des Enfants-Malades : M. le professeur Grancher par M. le docteur Hutinel

Hôpital Saint-Louis : M. le professeur Fournier par M. le docteur Quinquaud.

Hôpital de la Salpêtrière : M. le professeur Charcot par M. le docteur Brissaud.

L'École de santé militaire. — Le projet sur la réorganisation d'une école du service de santé militaire a donné lieu à une discussion qui eût vivement intéressé la Chambre sans la préoccupation qui a dominé les trois premières heures de la séance : Le Sénat s'ajourne-t-il à demain? Lira-t-on aujourd'hui le décret de clôture?

Il faut savoir que, depuis la fermeture forcée de l'école créée à Strasbourg en 1860, la carrière est devenue libre ; les futurs médecins militaires prenaient leurs grades dans les Facultés. En 1883, un décret institua deux écoles de santé : l'une à Nancy, l'autre à Bordeaux. Aujourd'hui, l'on propose de revenir sur ce décret, mais sans maintenir le *statu quo*, c'est-à-dire le régime de la liberté : on créerait une école unique, où les aspirants seraient casernés.

M. Labrousse, député de la Corrèze, ancien médecin militaire, a défendu le système du gouvernement. Il faut, selon lui, que les médecins militaires soient avant tout des soldats ; il faut aussi qu'ils soient des organisateurs, et il a rappelé, aux applaudissements de la Chambre, qu'en décembre 1870 des milliers de blessés avaient dû la vie à l'énergie d'un seul homme, qui sut trouver dans son esprit d'organisation les moyens de les soigner, de les nourrir, de les vêtir : cet homme, c'était le commissaire du gouvernement siégeant à côté du ministre, M. Dujardin-Beaumetz.

M. Mézières a défendu avec tout son talent et tout son cœur un amendement tendant au maintien des deux écoles instituées par le décret de 1883.

Il a rappelé que les deux cinquièmes de nos médecins militaires sont fournis par l'Alsace, par la Lorraine et par les Ardennes ; deux autres cinquièmes proviennent du sud-ouest, du pays entre Toulouse et Bordeaux : c'est ce qui avait déterminé les désignations de 1883, et Nancy n'a-t-il pas d'ailleurs des droits à hériter de Strasbourg ? M. Thiers l'avait compris lorsqu'il disait : « Je ne crée pas la Faculté de médecine de Nancy ; je rétablis à Nancy la Faculté de Strasbourg. » Est-ce que ce ne sont pas les futurs médecins militaires qui font vivre cette Faculté, et les étudiants qui s'y préparent à cette carrière toute de dévouement, et qui ont prouvé récemment leur attachement aux institutions libérales, ne sont-ils pas presque tous des exilés ? Il s'agit de populations qui payent la rançon de nos malheurs. Faut-il donc ajouter à tant de douleurs une nouvelle tristesse ?

Le rapporteur, M. Gadaud, a combattu l'amendement en rappelant que ce n'était pas à la Chambre qu'il appartenait de désigner la ville où devra être établie l'Ecole de santé militaire : il est partisan d'une Ecole unique, tant au point de vue de l'unité d'enseignement qu'au point de vue de l'économie.

M. Deandreis a défendu le système actuel, qui laisse toute liberté aux jeunes médecins, et a demandé le maintien du *statu quo*.

Le vote a été enlevé par le ministre de la guerre, qui a montré que M. Deandreis confondait l'instruction technique avec l'esprit militaire. Il faut que le médecin militaire ait l'esprit de corps, qu'il connaisse la discipline du régiment, qu'il apprenne à commander en apprenant à obéir. Quant à la dualité des écoles, ne vaut-il pas mieux consacrer toutes les ressources disponibles pour réunir sur un seul point des moyens d'enseignement, des laboratoires, des amphithéâtres mieux outillés ?

M. Mézières a si bien senti que cette thèse *in abstracto* ne pouvait se soutenir, qu'il s'est contenté de demander que l'Ecole fut établie à Nancy.

Toutes les fois qu'on parle de Nancy, a ajouté M. de Freycinet, de cette terre voisine de la frontière, on éveille des sentiments qui font qu'on est prêt à se rendre et à voter avec celui qui parle ainsi ; mais il faut savoir résister à ces entraînements ; nous ne sommes pas ici pour prendre des solutions de sentiment, mais bien celles que les intérêts généraux indiquent, celles que la raison conseille.

Ce ne sont pas les intérêts d'une ville ou du patriotisme qui doivent nous dominer, c'est l'intérêt de l'armée. Nous devons avoir un établissement qui réponde aux besoins du service. D'ailleurs, c'est faire aussi du patriotisme que d'adopter la solution la plus conforme aux intérêts de l'armée. Nous devons donc choisir pour centre d'instruction celui qui s'adapte le mieux aux nécessités du service de santé de l'armée. (Très bien ! très bien !)

Nancy sera-t-il ce centre ? ne le sera-t-il pas ? Je ne préjuge pas la question.

Véritablement, à voir l'insistance montrée par l'honorable M. Mézières

NOUVELLES

LÉGION D'HONNEUR. Par décret, en date du 12 juillet 1888, M. e professeur Willm, lauréat de l'Académie de médecine, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

HOPITAUX DE PARIS. — Pendant les vacances scolaires, MM. les professeurs de clinique de la Faculté de médecine de Paris, dont les noms suivent, seront remplacés dans leur service hospitalier, per MM. les agrégés ci-dessous désignés :

Hôtel-Dieu : MM. les professeurs Panas et Richet par M. le docteur Campenon.

Hôpital de la Charité : M. le professeur Trélat par M. le docteur Paul Segond.

Hôpital de la Pitié. M. le professeur Jaccoud par M. le docteur Chauffard ; M. le professeur Verneuil par M. le docteur Jalaguier.

Hôpital Necker : M. le professeur Peter par M. le docteur Ballet ; M. le professeur Le Fort par M. le docteur Kirmisson.

Hôpital des Enfants-Malades : M. le professeur Grancher par M. le docteur Hutinel

Hôpital Saint-Louis : M. le professeur Fournier par M. le docteur Quinquaud.

Hôpital de la Salpêtrière : M. le professeur Charcot par M. le docteur Brissaud.

L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le projet sur la réorganisation d'une école du service de santé militaire a donné lieu à une discussion qui eût vivement intéressé la Chambre sans la préoccupation qui a dominé les trois premières heures de la séance : Le Sénat s'ajourne-t-il à demain? Lira-t-on aujourd'hui le décret de clôture?

Il faut savoir que, depuis la fermeture forcée de l'école créée à Strasbourg en 1860, la carrière est devenue libre ; les futurs médecins militaires prenaient leurs grades dans les Facultés. En 1883, un décret institua deux écoles de santé : l'une à Nancy, l'autre à Bordeaux. Aujourd'hui, l'on propose de revenir sur ce décret, mais sans maintenir le *statu quo*, c'est-à-dire le régime de la liberté : on créerait une école unique, où les aspirants seraient casernés.

M. Labrousse, député de la Corrèze, ancien médecin militaire, a défendu le système du gouvernement. Il faut, selon lui, que les médecins militaires soient avant tout des soldats ; il faut aussi qu'ils soient des organisateurs, et il a rappelé, aux applaudissements de la Chambre, qu'en décembre 1870 des milliers de blessés avaient dû la vie à l'énergie d'un seul homme, qui sut trouver dans son esprit d'organisation les moyens de les soigner, de les nourrir, de les vêtir : cet homme, c'était le commissaire du gouvernement siégeant à côté du ministre, M. Dujardin-Beaumetz.

M. Mézières a défendu avec tout son talent et tout son cœur un amendement tendant au maintien des deux écoles instituées par le décret de 1883.

Il a rappelé que les deux cinquièmes de nos médecins militaires sont fournis par l'Alsace, par la Lorraine et par les Ardennes ; deux autres cinquièmes proviennent du sud-ouest, du pays entre Toulouse et Bordeaux : c'est ce qui avait déterminé les désignations de 1883, et Nancy n'a-t-il pas d'ailleurs des droits à hériter de Strasbourg ? M. Thiers l'avait compris lorsqu'il disait : « Je ne crée pas la Faculté de médecine de Nancy ; je rétablis à Nancy la Faculté de Strasbourg. » Est-ce que ce ne sont pas les futurs médecins militaires qui font vivre cette Faculté, et les étudiants qui s'y préparent à cette carrière toute de dévouement, et qui ont prouvé récemment leur attachement aux institutions libérales, ne sont-ils pas presque tous des exilés ? Il s'agit de populations qui payent la rançon de nos malheurs. Faut-il donc ajouter à tant de douleurs une nouvelle tristesse ?

Le rapporteur, M. Gadaud, a combattu l'amendement en rappelant que ce n'était pas à la Chambre qu'il appartenait de désigner la ville où devra être établie l'Ecole de santé militaire : il est partisan d'une Ecole unique, tant au point de vue de l'unité d'enseignement qu'au point de vue de l'économie.

M. Deandreis a défendu le système actuel, qui laisse toute liberté aux jeunes médecins, et a demandé le maintien du *statu quo*.

Le vote a été enlevé par le ministre de la guerre, qui a montré que M. Deandreis confondait l'instruction technique avec l'esprit militaire. Il faut que le médecin militaire ait l'esprit de corps, qu'il connaisse la discipline du régiment, qu'il apprenne à commander en apprenant à obéir. Quant à la dualité des écoles, ne vaut-il pas mieux consacrer toutes les ressources disponibles pour réunir sur un seul point des moyens d'enseignement, des laboratoires, des amphithéâtres mieux outillés ?

M. Mézières a si bien senti que cette thèse *in abstracto* ne pouvait se soutenir, qu'il s'est contenté de demander que l'Ecole fut établie à Nancy.

Toutes les fois qu'on parle de Nancy, a ajouté M. de Freycinet, de cette terre voisine de la frontière, on éveille des sentiments qui font qu'on est prêt à se rendre et à voter avec celui qui parle ainsi ; mais il faut savoir résister à ces entraînements ; nous ne sommes pas ici pour prendre des solutions de sentiment, mais bien celles que les intérêts généraux indiquent, celles que la raison conseille.

Ce ne sont pas les intérêts d'une ville ou du patriotisme qui doivent nous dominer, c'est l'intérêt de l'armée. Nous devons avoir un établissement qui réponde aux besoins du service. D'ailleurs, c'est faire aussi du patriotisme que d'adopter la solution la plus conforme aux intérêts de l'armée. Nous devons donc choisir pour centre d'instruction celui qui s'adapte le mieux aux nécessités du service de santé de l'armée. (Très bien ! très bien !)

Nancy sera-t-il ce centre ? ne le sera-t-il pas ? Je ne préjuge pas la question.

Véritablement, à voir l'insistance montrée par l'honorable M. Mézières

sur la garnison de Besançon, par M. Vogelin, médecin aide-major de 1re classe au 5e régiment d'artillerie.

DES RÉFLEXES AURICULAIRES ; DE L'EXISTENCE D'UN CENTRE RÉFLEXE OTO-SPINAL ; DE SON SIÈGE DANS LA MOELLE CERVICALE. — M. *Gellé*. Dans la première partie de ce travail, l'auteur expose les méthodes délicates qui lui sont personnelles pour l'examen et la constatation du jeu fonctionnel de l'appareil de conduction et d'accommodation de l'oreille.

La mobilité de l'étrier est rendue appréciable par un artifice expérimental simple et pratique ; et l'atténuation du son du diapason vertex en est la caractéristique. C'est là un progrès sérieux de la séméiologie ; cette épreuve des pressions est devenue classique.

Dans le chapitre suivant, l'auteur démontre l'association fonctionnelle des deux organes auditifs dans l'accommodation ; et au moyen d'expériences faciles à exécuter, il rend l'acte même de l'accommodation binauriculaire manifeste. Sous l'influence des pressions exercées sur l'oreille droite, par exemple, le sujet annonce que le son du diapason posé en face de la gauche s'atténue.

Cet affaiblissement de l'audition d'un son aérien à l'opposé du point où la pression s'exerce est un fait curieux ; il est démonstratif de l'association des mouvements des deux appareils auditifs. On pourra aussi le constater avec l'otoscope placé à gauche, le diapason vibrant sur le crâne, la pression centripète étant faite à droite.

Le clinicien peut dès lors étudier et observer les troubles de l'accommodation binauriculaire. Le champ de l'exploration auriculaire se trouve agrandi d'autant.

Dans cette épreuve de la synergie des mouvements d'adaptation dans les deux organes de l'ouïe, l'oreille pressée exécute un mouvement passif ; mais l'oreille libre se meut d'une façon active ; de ce côté, l'adaptation est active : il y a effort.

En clinique, on constatera désormais l'énergie ou la parésie des muscles moteurs de la chaîne des osselets. L'incapacité de l'accommodation binauriculaire, la mobilité de l'étrier et des osselets étant évidente semble en être le signe.

Quand *l'épreuve des synergies* est négative, les pressions centripètes montrant la fixité de l'étrier, si elle l'est des deux côtés, c'est qu'une double ankylose a raidi les organes : pas de mouvements possibles ; pas d'accommodation bilatérale.

Mais l'accommodation binauriculaire peut faire défaut et les épreuves passives qui démontrent la mobilité de l'appareil conducteur du tympan à l'étrier, continuer à fournir les résultats normaux.

Les osselets se meuvent, les moteurs agissent des deux parts ;

cependant aucune transmission motrice n'a lieu d'une oreille à l'autre.

Quelle est donc la source de cette accommodation binauriculaire ? Quel lien unit les deux appareils dans leurs mouvements synergiques intérieurs ?

Une excitation partie de droite aboutit à une action motrice à gauche : voilà le fait. C'est un acte involontaire, inconscient ; c'est un réflexe. Quel est son point de départ ? Le mouvement imposé à l'appareil transmetteur d'un côté ; ou mieux, ce sont les sensations musculaire, tendineuse, articulaire ainsi provoquées. L'auteur prouve en effet, faits en mains, que chez les hémianesthésiques le phénomène se produit comme dans l'état normal.

On ne peut donc admettre comme origine du réflexe ni l'excitation du nerf acoustique ni celle de la sensibilité générale (5e paire). C'est le grand sympathique qui réunit et conduit ces multiples sensations liées aux mouvements de la chaîne des osselets.

A quel point du système nerveux aboutit l'excitation ? Où est le centre du réflexe constaté ?

L'auteur, par une analyse critique, élimine tour à tour le cerveau, le bulbe et le cervelet, dans les conditions spéciales de son expérience ; de plus, il appuie son opinion sur des observations cliniques probantes.

En définitif, quand on observe l'atténuation du son du diapason placé à droite par suite de la pression faite à gauche, on constate l'existence d'un réflexe normal d'accommodation binauriculaire ; c'est pourquoi il appelle son expérience : *épreuve des réflexes binauriculaires*. Mais une autre déduction logique s'impose : quand ce réflexe binauriculaire manque, toutes les autres conditions restant normales du reste ; il faut bien admettre que c'est le centre réflexe lui-même qui est atteint.

La recherche de ce centre réflexe otique, fait l'objet de la dernière partie du travail, tout entière clinique.

L'auteur parmi les maladies de la région cervicale, a recherché les affections nerveuses, médullaires surtout, dans lesquelles, les oreilles et l'audition restant normales, le réflexe binauriculaire faisait défaut, se guidant en cela sur la notion du centre réflexe papillaire ; or, il a trouvé ce réflexe altéré, disparu, dans plusieurs observations bien nettes de pachyméningites cervicales.

C'est dans les services de MM. Dujardin-Beaumetz, Damaschino, et de M. le professeur Charcot que les faits principaux ont été observés.

S'appuyant sur cette disparition du réflexe optique dans ces lésions médullaires, M. Gellé se croit autorisé à conclure que le centre

réflexe de l'accommodation binauriculaire est situé dans la moelle et dans la région cervicale.

De la contagion de la variole a distance. — M. *Créquy* a déjà appelé l'attention sur les dangers amenés par l'établissement d'un hôpital de varioleux près de l'usine à gaz de la Villette. Depuis sa dernière communication, M. Créquy a observé un grand nombre de nouveaux cas. Il faut en conclure qu'un hôpital de varioleux doit être situé à 500 ou 1000 mètres de tout centre de population.

La Compagnie des chemins de fer de l'Est vient de prendre une mesure, d'après laquelle tout nouvel employé de la Compagnie devra avoir été revacciné depuis moins de huit ans. Si toutes les grandes administrations prenaient des mesures analogues la variole diminuerait rapidement.

Exstrophie de la vessie. — Des plaies pansées a l'air libre. — M. *Le Fort* présente à l'Académie un enfant atteint d'exstrophie de la vessie, opéré avec succès. L'enfant n'ayant pas de prépuce, M. Le Fort remplaca le prépuce par la peau de la partie inférieure de la verge, et après plusieurs opérations secondaires et complémentaires, le résultat fut complet. La vessie est complètement reconstituée, et l'urine s'écoule par la gouttière uréthrale.

M. Le Fort a eu l'occasion de revoir son premier opéré de 1872; il exerce la profession de tonnelier et gagne facilement sa vie.

M. Le Fort croit que les théories régnantes au sujet de l'influence fâcheuse des microbes contenus dans l'air, en particulier dans l'air de nos salles d'hôpitaux, sont fausses. Pour le démontrer, il a repris des expériences déjà anciennes, et il a laissé ses opérés en contact absolu permanent avec l'air atmosphérique. C'est ce qu'il fait depuis quelques mois. Il a actuellement dans ses salles de l'hôpital Necker, guéris ou en voie de guérison, trois amputés de cuisse, trois amputés de jambe, un amputé du pied, un amputé du genou, un réséqué du coude, un amputé des deux orteils, etc.

Du traitement des anévrysmes par l'électro-puncture. — M. *Dujardin-Beaumetz* croit qu'il faut pour le moment et jusqu'à ce qu'on trouve une méthode absolument certaine, abandonner dans le traitement des anévrysmes de l'aorte tout procédé chirurgical, et en particulier le procédé de Moore, et cela avec d'autant plus de raison que, actuellement, le traitement par l'iodure de potassium avec la bière ou le café noir peut être beaucoup mieux supporté qu'autrefois; le lait de même, en favorisant l'élimination rapide de l'iodure, empêche en grande partie les inconvénients de l'iodisme.

Etude sur l'étiologie et le traitement de la fièvre jaune. — M. *Gibier*. Dans une précédente note (13 février), j'ai présenté à l'Académie des sciences le résultat de recherches que j'ai faites à la

Havane, sur la fièvre jaune. Dans la présente communication, je me propose de faire un résumé d'ensemble de ces recherches que j'ai complétées depuis lors :

1° Dans le sang, l'urine, la bile, la sérosité péricardique et les viscères (sauf le tube digestif) des sujets morts de la fièvre jaune, on ne trouve, dans la très grande majorité des cas, aucun micro-organisme. A tel point qu'il est juste de se demander, dans les cas rares où l'on rencontre des microbes, s'ils ne se sont pas introduits accidentellement dans les cultures, d'autant mieux que dans ces circonstances exceptionnelles ils sont d'espèces variables. Cependant on peut admettre comme possible leur entrée fortuite dans la circulation à la suite des lésions intestinales.

2° L'intestin des sujets atteints de fièvre jaune contient une matière noire ou foncée, plus ou moins abondante et *toxique* ainsi que le démontrent mes expériences.

3° De la matière noire prise dans l'intestin, j'ai isolé un bacille qui semble jouer un rôle important dans la coloration de cette substance sinon dans la pathogénie de la fièvre jaune. Ce microbe noircit les corps en présence desquels il se développe. C'est un bacille tantôt droit et court, tantôt un peu plus allongé et courbe. Il liquéfie la gélatine. L'inoculation d'une petite quantité de son liquide de culture dans l'intestin des animaux (cobayes, chiens), provoque des accidents graves et même la mort avec formation dans l'intestin d'une matière analogue à celle qu'on observe chez l'homme qui succombe à la fièvre jaune. Les autres caractères de la fièvre jaune sont les suivants :

Les cultures exhalent une odeur *sui generis* semblable à celle des vomissements noirs.

Une température de 60° C. le détruit en dix minutes ; un froid de 10° au dessous de zéro soutenu pendant une heure ne le tue pas.

La dessication à l'air libre et à l'ombre le fait périr en vingt-quatre heures.

Il se cultive bien dans l'eau de mer et vit au moins six mois, d'après mes observations, en contact avec des microbes vulgaires.

— Une température supérieure à 20° est nécessaire à son développement.

Il ne paraît pas produire des spores. La forme allongée et onduleuse qu'il prend dans les cultures anciennes pourrait le faire ranger dans la classe des spirilles.

Si ce bacille est bien celui qui détermine les accidents du *Vomito négro*, les caractères qui précèdent donneraient l'explication de ce fait que la fièvre jaune ne s'observe pas endémiquement ailleurs que dans un certain nombre de ports de mer des pays chauds dont la

vase renferme le germe d'une maladie pour ainsi dire inconnue à une très faible distance dans l'intérieur des terres.

4° La présence constante dans l'intestin d'une matière plus ou moins abondante et *toxique*; l'apparition précoce d'accidents gastro-intestinaux (vomissements, douleurs épigastriques, etc.), qui persistent ordinairement pendant toute la durée de la maladie; le début brusque des accidents; l'absence de microbes dans le sang et dans les viscères autres que l'intestin sont autant de caractères qui militent en faveur d'une théorie intestinale de la fièvre jaune. Et si cette théorie est d'accord avec les faits, le traitement que j'ai indiqué dans une conférence aux médecins de la Havane (purgatifs répétés et désinfectants intestinaux) devra facilement avoir raison de la maladie qu'il est destiné à combattre.

Inversement : si un cas grave de l'hôpital civil de la Havane auquel ce traitement a été appliqué avec succès ne reste pas isolé, la théorie intestinale de la fièvre jaune pourra être considérée comme établie : *naturam morborum remedia démonstrant.*

EAUX MINÉRALES. — M. *A. Robin* lit sur plusieurs demandes en autorisation d'exploiter des sources minérales un rapport dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

A 4 heures un quart l'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE

DE L'OSTÉOMYÉLITE CHRONIQUE D'EMBLÉE. DIAGNOSTIC AVEC LES OSTÉOSARCOMES, par le Dr *A. Demoulin*, prosecteur des hôpitaux. — Steinheil, édit. Paris, 1888.

Tout semblait avoir été dit sur l'affection la plus commune, et depuis les travaux de M. Lannelongue, qui devrait être la mieux connue du tissu osseux. Malheureusement de loin en loin, sur un cas particulier, sur un fait spécial, on dépeint de suite un nouveau tableau, on édifie une nouvelle théorie, on crée un nouveau nom et voilà la conception si belle de M. Lannelongue qui s'efface peu à peu ; nous retombons dans le chaos *rudis indigesta que moles* dans lequel nous débutions il y a quelque quinze ans, au milieu de la nécrose, de la carie, de la séquestration, de l'ostéite, de l'ostéomyélite des amputés, de l'arthrite raréfiante, condensante, hypertrophique, de la névralgie osseuse, des abcès des os, etc., etc.

Il était bon de s'insurger contre ce parti pris de destruction systématique et de description théorique. M. Demoulin dans son travail a pris bravement son parti et a voulu en prenant le titre même de sa thèse rester dans la conception de M. Lannelongue et montrer qu'il

ne décrivait pas une affection nouvelle, une entité morbide, mais bien un mode d'évolution de l'ostéomyélite. Celle-ci parcourt un cycle déterminé, qui, complet, débute par l'ostéomyélite aiguë des enfants et des adolescents et se termine par l'ostéomyélite prolongée en passant par tous les stades, abcès sous-périostiques, suppurations osseuses, dénudations, séquestres, puis arthrite condensante, hypertrophiante, déformante, nécrose, élimination de séquestre. — Abcès des os, à longue échéance, réveils d'ostéomyélite aigue, etc.. Que dans ce cycle une des parties s'atténue, l'ensemble n'en persiste pas moins; qu'elle vienne à disparaître, l'affection n'en reste pas moins identique à elle-même, et comme nature, et comme marche ultérieure.

L'ostéomyélite chronique d'emblée est donc la dernière période d'évolution de l'ostéomyélite de Lannelongue, à laquelle a manqué la première période, la période aiguë.

M. Demoulin, pour soutenir cette thèse, a su montrer l'esprit synthétique, la largeur de vue, la minutie scientifique qu'il a su acquérir pendant ses études, et de loin en loin, dans les véritables polémiques qu'il soutient pour défendre ses idées, il montre cette pétulance intellectuelle qu'il possède à un si haut point.

Ces qualités qui lui sont personnelles, ont encore été cultivées pendant ses études et le travail qu'il présente comme thèse montre combien il a su profiter des conseils et des leçons des maîtres éminents qui ont été les siens.

Après avoir montré dans un historique rapide, brillant et complet, combien certains chirurgiens étaient embarrassés pour classer certaines formes anormales, je dirais moi, *incomplètes* de l'ostéomyélite de Lannelongue, il prend soin d'éliminer de son sujet comme n'y rentrant nullement l'« ostéomyélite insidieuse» telle l'a décrite Francon qui appelle ainsi « le premier stade de l'ostéomyélite tuberculeuse. » A ce propos il réclame la solide assistance de M. Segond et s'écrie avec lui : « Il y a des ostéomyélites tuberculeuses à marche insidieuse », c'est la thèse de Francon. « Il y a chez les adolescents, des ostéomyélites non tuberculeuses avec caractères insidieux » ; c'est la thèse que va défendre M. Demoulin. Il était difficile d'être plus clair, plus concis et en même temps plus vrai.

Dans l'étiologie de la forme décrite par Dumoulin on retrouve aussi le traumatisme sans qu'on puisse le retrouver dans tous les cas.

Cette forme d'ostéomyélite est rare; au point de vue de l'anatomie pathologique on retrouve les lésions de l'ostéomyélite prolongée (Lannelongue et Comby) ; quant aux symptômes, ce sont encore ceux de l'ostéomyélite prolongée que, dans cette forme on ne peut guère appeler ainsi puisqu'elle est *d'emblée* à cette dernière période. Au point de vue du pronostic, M. Demoulin fait de cette forme une forme

grave et conclut que, dans le cas où il s'agit d'un séquestre diaphysaire total, il faut avoir recours à l'amputation. C'est du moins ce qui ressort des observations qui terminent son travail. Est-il permis d'être complètement de son avis quand on sait combien actif est le travail de restauration osseuse, après ablation, même de toute la diaphyse d'un os ? C'est une question qui peut-être pourrait être de nouveau remise à l'étude.

Notons et recommandons d'étudier de près un long chapitre de diagnostic entre l'ostéomyélite chronique d'emblée et les ostéosarcomes, dans lequel nous voyons l'auteur se débattre désespérément pour trouver un moyen clinique certain de diagnostic et finir par assurer que « quand le diagnostic est impossible, la trépanation de l'os est indiquée, mais que le chirurgien devra avoir pris toutes les précautions nécessaires pour enlever de suite le membre malade, s'il se trouve en présence d'un ostéosarcome. »

Ajoutons qu'une planche est attachée à la fin du volume et met sous les yeux du lecteur un séquestre diaphysaire de la plus grande beauté.

M. Demoulin s'est tiré à son honneur d'un sujet difficile dans lequel il pouvait craindre d'être obscur et surtout d'obscurcir une question qui a été si longuement étudiée avant d'être éclaircie. Il a su rester court, clair, précis, brillant, dans un sujet qui aurait pu être long, obscur, diffus et aride. C'est un travail qui parachève les descriptions de l'ostéomyélite et complète l'histoire d'une affection qui est le commencement et la fin de presque toutes les maladies du système osseux.

Dr F. Verchère.

NÉCROLOGIE

Le Dr J.-B. Jourjon.

Nous annonçons avec tristesse la mort d'un de nos confrères les plus estimables et les plus aimés. Le Dr Jean Jourjon, médecin du bureau de bienfaisance et médecin inspecteur des écoles du XIIe arrondissement, médecin et secrétaire du service médical de la Cie P.-L.-M., est mort en quarante-huit heures, avant-hier lundi, d'une congestion cérébrale et pulmonaire, à l'âge de 50 ans.

Jourjon était d'un aspect assez rude. Il le devait aux longues difficultés qu'il avait eues à surmonter dans l'âpre lutte pour l'existence ; il le devait aussi à son caractère essentiellement loyal qui ne consentait jamais à faire la moindre concession aux hypocrisies et aux mensonges que nous rencontrons si souvent dans la vie. C'était un bourru, mais c'était le type le plus élevé du bourru bienfaisant. C'était aussi l'esprit le plus

délicat qu'il nous ait été donné de connaître. Toutes les fonctions qui lui ont été confiées ont été remplies avec un dévouement au-dessous de tout éloge. Les pauvres de sa circonscription du bureau de bienfaisance perdront en lui non seulement un médecin fort instruit, mais un véritable bienfaiteur chez lequel la bourse s'est toujours ouverte beaucoup plus en proportion de son cœur qu'en proportion de ses moyens.

Nul n'a pratiqué mieux que lui les devoirs entre confrères. Il appartenait à toutes les sociétés confraternelles déjà existantes et il a contribué pour la plus grosse part à en créer deux autres : la Réunion amicale des médecins du XII° arrondissement, qui a rendu beaucoup de services dans l'est de Paris, et l'Association des médecins de la C° P.-L.-M., dont il était le trésorier.

Si Jourjon a pu faire quelques mécontents par sa brusquerie et par son indomptable franchise, d'autre part le nombre est grand des confrères qui, le connaissant mieux, avaient pour lui une vive et sincère affection.

Ses obsèques ont lieu aujourd'hui à midi. Si tous ceux, confrères ou malades, qu'il a obligés de tant de manières assistent à ses funérailles, il y aura foule dans le cimetière de Charenton, où il va être porté.

Jourjon laisse quatre tout jeunes enfants ; un cinquième va naître ces jours-ci !

A. Chevallereau.

NOUVELLES

Caravane hydrologique. — En présence du succès de la Caravane hydrologique qu'elle avait organisée sous son patronage en 1887, la Société française d'hygiène vient d'organiser une nouvelle excursion qui permettra de visiter dans les mêmes conditions les stations climatériques et thermo-minérales de la Suisse et des Vosges. L'excursion aura lieu du 15 au 31 août prochain.

L'itinéraire suivant a été adopté : Lucerne, Zurich, Pfœffers, Baden, Schinznach, Rheinfelden, Luxeuil, Plombières, Gérardmer, Bussang, Vittel, Contrexéville, Martigny, Bourbonne et Sermaize.

La Compagnie des chemins de fer de l'Est a bien voulu accorder une réduction de 50 0/0 en faveur des excursionnistes qui prendront part à la caravane. Des prix spéciaux sont assurés dans les hôtels.

Dans les stations qui doivent être visitées, des fêtes sont préparées pour recevoir la Caravane, de concert avec les municipalités, le corps médical et les sociétés locales.

Cette excursion présentera un grand intérêt au point de vue scientifique. Des conférences seront faites dans chaque station par les médecins les plus compétents.

Ceux qui désirent y prendre part doivent s'adresser pour les renseignements complémentaires à M. Joltrain, secrétaire de la Société française d'hygiène, 49, avenue Wagram, à Paris.

Les listes d'adhésion seront closes le 31 juillet.

Avis. — La *Revue illustrée de Polytechnique médicale* a pris l'initiative d'établir à l'Exposition universelle qui doit s'ouvrir à Paris en 1889, une vitrine destinée à contenir les instruments ou appareils que les médecins et fabricants voudront bien lui confier.

Les demandes de renseignements doivent être adressés, *dans le plus bref délai possible*, à la maison Devauchelle, 85, rue Lafayette, à Paris, laquelle se charge de tous les détails relatifs à cette exposition, ou aux bureaux de la Revue, 58, rue d'Hauteville, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire clinique et thérapeutique pour les maladies des enfants, par le docteur A. Veillard, 2e édit., 1 vol. in-18, 4 fr.

Paris, O. Berthier, 104, boul. Saint-Germain.

Annuaire des eaux minérales de la France et de l'Etranger pour 1888, publié par la *Gazette des Eaux*.

Nomenclature complète des stations françaises et des principales stations étrangères ; analyses ; propriétés ; altitudes ; installations ; moyens de communications. Tableaux comparatifs de la température, des proportions de chlorure de sodium, de fer, de lithium. Notices et renseignements pratiques.

30e édition, à la librairie Gauthier-Villars, 1 fr. 50.

Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Traité clinique des maladies mentales, par le docteur Schule, médecin de l'asile d'Illenau, etc. 3e édition, sera traduit par les docteurs J. Dagonet et Duhamel, revue et augmentée par l'auteur, avec une préface de M. le docteur H. Dagonet, médecin de l'asile Sainte-Anne, etc. Premier fascicule, 1 vol. in-8, 4 francs.

Manuel de métallothérapie et de métalloscopie appliquées au traitement des maladies épidémiques, burquisme et magnétisme animal (grand et petit hypnotisme), par le docteur J. Moricourt, 1 vol. in-18, 3 fr. 50.

Traité de pathologie chirurgicale spéciale, par le professeur J. Kœnig, traduit de l'allemand, d'après la 4e édition, par J. Comte, chirurgien de l'hôpital de Genève, ouvrage précédé d'une introduction par le docteur Terrillon, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc. Tome Ier, 1er fascicule, 1 vol. in-8, avec 70 figures intercalées dans le texte, 7 francs.

Avis. L'ouvrage forme trois volumes et sera publié en six fascicules, il paraîtra un fascicule tous les trois mois.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy succr, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

35e Année. — Tome II. N° 88 Samedi 28 Juillet 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. LE Dr LABADIE-LAGRAVE.

Adénopathie trachéo-bronchique. — Méningite tuberculeuse chez un enfant de 6 mois. — Autopsie.

Par Blanche EDWARDS,
Interne provisoire à la Maternité.

Depuis l'important travail classique de Baréty (1) et les recherches de Gueneau de Mussy, l'adénopathie trachéo-bronchique est entrée complètement dans la clinique, et cette manifestation anatomo-pathologique est souvent recherchée et diagnostiquée pendant la vie.

Malgré cela, l'observation que nous rapportons ici nous a paru intéressante à plus d'un titre.

C'est sur l'âge de l'enfant, sur l'absence d'hérédité et de contagion maternelle, enfin sur la mort par méningite tuberculeuse que nous désirons insister plus particulièrement.

Observation. — L'enfant Ch... entre dans le service de M. le Dr Labadie-Lagrave, à la Maternité, le 7 mars, âgée de 4 mois ; elle est née à la Maternité le 6 novembre 1887.

Antécédents héréditaires. — La mère n'a jamais toussé ; étant enfant elle a eu de la gourme, mais pas d'autres maladies de l'enfance. Elle est actuellement pâle et très anémiée par les ménorrhagies qu'elle éprouve à chaque époque menstruelle pendant quinze à vingt jours, depuis son dernier accouchement. Nous lui avons fait le grattage de la muqueuse utérine avec la curette, mais cette opération n'a amélioré sa position que pendant un mois. Jamais elle n'a eu de troubles nerveux, ni hystérie ; elle n'a pas de colères et est plutôt d'un caractère apathique.

Elle a dix frères et sœurs tous vivants ; elle n'en a jamais perdu.

(1) Baréty. Th. Paris, 1874. Adénopathie trachéo-bronchique en général et en particulier dans la scrofule et la phthisie pulmonaire.

35e Année. — Tome II. N° 88 Samedi 28 Juillet 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. LE Dr LABADIE-LAGRAVE.

Adénopathie trachéo-bronchique. — Méningite tuberculeuse chez un enfant de 6 mois. — Autopsie.

Par Blanche EDWARDS,
Interne provisoire à la Maternité.

Depuis l'important travail classique de Baréty (1) et les recherches de Gueneau de Mussy, l'adénopathie trachéo-bronchique est entrée complètement dans la clinique, et cette manifestation anatomo-pathologique est souvent recherchée et diagnostiquée pendant la vie.

Malgré cela, l'observation que nous rapportons ici nous a paru intéressante à plus d'un titre.

C'est sur l'âge de l'enfant, sur l'absence d'hérédité et de contagion maternelle, enfin sur la mort par méningite tuberculeuse que nous désirons insister plus particulièrement.

Observation. — L'enfant Ch... entre dans le service de M. le Dr Labadie-Lagrave, à la Maternité, le 7 mars, âgée de 4 mois ; elle est née à la Maternité le 6 novembre 1887.

Antécédents héréditaires. — La mère n'a jamais toussé ; étant enfant elle a eu de la gourme, mais pas d'autres maladies de l'enfance. Elle est actuellement pâle et très anémiée par les ménorrhagies qu'elle éprouve à chaque époque menstruelle pendant quinze à vingt jours, depuis son dernier accouchement. Nous lui avons fait le grattage de la muqueuse utérine avec la curette, mais cette opération n'a amélioré sa position que pendant un mois. Jamais elle n'a eu de troubles nerveux, ni hystérie ; elle n'a pas de colères et est plutôt d'un caractère apathique.

Elle a dix frères et sœurs tous vivants ; elle n'en a jamais perdu.

(1) Baréty. Th. Paris, 1874. Adénopathie trachéo-bronchique en général et en particulier dans la scrofule et la phthisie pulmonaire.

Ils sont tous vigoureux et bien portants, sauf une sœur de 22 ans qui n'est pas encore réglée et qui crache parfois du sang, mais n'a pas de bronchites. Parmi les « anciens » personne n'a jamais eu la poitrine attaquée.

Elle a eu un autre enfant, qu'elle a élevé et nourri jusqu'à 6 semaines ; dès qu'elle l'eut mis en nourrice, il commença à tousser ; *il avait la coqueluche* et mourut à l'âge de 3 mois.

Le père de ses deux enfants est grand, très maigre ; il a 30 ans et n'aurait pas toussé non plus. Il serait un peu névropathe (?). Elle ne connaît pas sa famille.

La petite fille, à son entrée dans notre service, est encore au traitement d'une bronchite dont elle a été atteinte à 2 mois. Depuis lors elle a toujours toussé. C'est une belle petite fille de 4 mois, grasse, bien en chair quoique d'une pâleur un peu livide, elle n'a pas de gaieté et plusieurs fois par jours a des quintes de toux. L'ayant entendu tousser, nous fûmes frappé du timbre éclatant de sa toux, de l'inspiration bruyante qui précédait la quinte expiratoire, la toux était manifestement *coqueluchoïde*.

La *percussion* donne un résultat très net. A la partie supérieure et antérieure du thorax, sous le sternum, on limite une zone de matité de 2 centimètres environ dans les deux sens et le diagnostic de notre maître, M. le Dr Labadie-Lagrave, fut celui d'adénopathie trachéo-bronchique. L'auscultation permettait d'ajouter l'épithète *d'origine tuberculeuse*. En effet, à l'auscultation nous trouvâmes quelques râles fins à la partie moyenne du poumon droit.

Quinze jours après, l'enfant eut une forte fièvre avec une température atteignant 40°. L'auscultation montra dans le poumon droit, à la partie moyenne, une zone dans laquelle on reconnaissait des râles très fins, très abondants, avec une respiration fortement soufflante, indiquant une poussée de broncho-pneumonie probablement de même nature que l'engorgement ganglionnaire. La fièvre tomba vers le troisième jour et l'état de l'enfant s'améliora sous l'influence d'une potion alcoolique avec extrait de quinquina et acétate d'ammoniaque, de révulsifs cutanés, ventouses et vésicatoires, de vomitifs.

Cependant, malgré l'amélioration de l'état général, l'enfant restait grognon, sa toux gardait le timbre coqueluchoïde, les quintes s'espaçaient, mais il restait toujours quelques râles au milieu du poumon droit.

Vers le 1er mai, on observa pour la première fois une convulsion très passagère qui ne laissa aucun signe et ne fut pas accompagnée de mouvement fébrile.

Le lendemain, les convulsions apparurent plus fréquentes, surtout à droite, avec 39°, 38°,8.

Elle ne poussait pas de cris, ne pleurait pas : on constatait des mouvements de pronation forcée, de contorsion des muscles supérieurs et inférieurs, des petits frémissements des lèvres, de la déviation des yeux. Ceux-ci restent en strabisme interne.

Constipation. Pas de vomissements.

Le pouls est très irrégulier et très rapide, très faible le 3 mai, la respiration prend manifestement le *rythme de Cheyne Stokes* et le diagnostic de méningite tuberculeuse est porté.

Le quatrième jour, l'enfant meurt après plusieurs convulsions avec une température qui oscillait entre 38°,9 et 39°. La respiration de Cheyne Stokes avait persisté jusqu'à la fin.

L'autopsie fut faite vingt-quatre heures après la mort.

A l'ouverture *du thorax*, nous trouvâmes, au niveau du poumon droit, le lobe moyen complètement rempli de tubercules fins, et présentant l'aspect d'une infiltration tuberculeuse récente.

Pas de tubercules dans les autres points du poumon, des deux côtés.

Les bronches présentent des gros noyaux caséeux à leur intersection, qui représentent les ganglions trachéo-bronchiques. Ces ganglions hypertrophiés et transformés sont disposés en trois groupes.

Au-dessus de ce lobe moyen, entre la trachée et la bronche droite, un gros ganglion, caséeux, adhérent par du tissu conjonctif dense à la trachée.

A gauche, occupant le même niveau, on voit plusieurs ganglions volumineux et infiltrés. Si nous retournons la pièce pour la voir sur la face antérieure, nous constatons que ces ganglions gauches se continuent avec de très gros ganglions, très volumineux, caséeux à la surface, qui entourent à sa face antérieure la trachée, et les gros vaisseaux : crosse de l'aorte, veine cave, artères et veines pulmonaires, qui sont pour ainsi dire sculptés au milieu du tissu conjonctif dense qui entoure cette grosse masse ganglionnaire.

Enfin, entre les deux bronches se trouve un ganglion très gros, qui est également un peu ramolli, qui comprime les deux bronches, surtout la bronche gauche qui va au lobe moyen, dans lequel il fait une saillie convexe, et qui peut-être était l'origine du timbre rude et soufflé de la respiration à ce niveau. En avant il est séparé par le paquet vasculaire des ganglions antérieurs à la trachée (prétrachéo-bronchique de Barèty).

Une coupe faite dans plusieurs des ganglions y montre le même état anatomique, transformation caséeuse des ganglions plus petits

et commencement de ramollissement au centre des ganglions volumineux.

Une autre coupe, faite entre la bronche du lobe supérieur et celle du lobe moyen, montre à l'intersection un gros ganglion (interbronchique de Baréty) également volumineux, atteignant la grosseur d'une cerise et caséeux ; d'autres coupes à l'intersection de bronches d'ordre inférieur ne nous ont pas permis d'y déceler la présence de ganglions infiltrés.

L'abdomen ne nous a rien présenté d'intéressant à observer. Les ganglions mésentériques ne nous parurent pas augmentés de grosseur.

(*A suivre.*)

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

—

Congrès pour l'étude de la tuberculose.

Le Congrès pour l'étude de la tuberculose s'est ouvert le mercredi matin 25 juillet 1888, à 9 heures.

Une assemblée nombreuse composée de l'élite des médecins et des vétérinaires français et étrangers démontrait amplement avec quelle ardeur avait été acceptée la proposition de M. le professeur Verneuil, à l'initiative duquel est due l'organisation du Congrès.

M. Villemin occupait le fauteuil de la présidence en l'absence de M. Chauveau empêché; à ses côtés se tenaient MM. Verneuil, Butel, Cornil, Nocard, Rossignol et Leblanc.

Après quelques propositions rejetées par un vote de l'assemblée au sujet de modifications à apporter à divers articles du règlement, l'adoption de la fixation de la cotisation future à 20 fr., l'assemblée procède à l'élection de son bureau définitif.

M. Chauveau est nommé président à une grande majorité, MM. Villemin et Verneuil vice-présidents.

Ajoutons un incident de séance, — une des voix s'est égarée sur le général Boulanger dont l'élection n'était cependant pas en question.

M. L.-H. Petit est maintenu dans ses fonctions de secrétaire général. — MM. Villemin fils et Leclainche, secrétaires du comité d'organisation, sont nommés secrétaires des séances, auxquels sont ajoutés quatre secrétaires adjoints, MM. Gagny et Piot, Thoinot et Gallois.

L'assemblée se sépare à 11 heures et se donne rendez-vous pour 3 heures.

Séance du 25 juillet ouverte à 3 heures.

M. Chauveau préside entouré de professeurs de la Faculté et des Ecoles vétérinaires. Des présidents d'honneur sont nommés appartenant à l'étranger : Roumanie, Italie, Grèce, Luxembourg, Hollande, Danemark, Etats-Unis, etc.

M. Chauveau prend la parole et dans un discours étendu, étudié et lu avec éloquence, rappelle quelle évolution a suivie la question de la tuberculose, montre comment depuis Villemin auquel revient en grande partie l'honneur d'avoir démontré la virulence de la tuberculose, cette grande vérité, la contagiosité tuberculeuse, n'est plus mise en doute ; il montre comment les travaux communs aux vétérinaires, aux médecins, ont tous démontré cette première découverte; enfin l'ère des résultats semble arrivée. « C'est le but auquel nous devons tous concourir. En attendant contentons-nous d'être utiles. C'est un noble but à assigner à notre travail. Celui qui jusqu'à présent a été consacré à la tuberculose a été particulièrement fécond. La pathologie expérimentale et comparée continuera son œuvre. Si elle arrive à poser des règles pour enrayer les ravages de ce terrible fléau ; si elle réussit ainsi à augmenter la somme de vie et de bonheur sur la terre, elle aura rendu à l'individu, comme à la société, un signalé service. »

Le discours de M. Chauveau se termine au milieu des applaudissements qui l'avaient fréquemment interrompu.

M. le professeur Verneuil rappelle en quelques mots chaleureux comment est née l'idée, qui sera féconde, du Congrès de la tuberculose.

C'est M. Butel qui vint un jour le trouver et lui soumit cette idée. Grâce au concours des hommes éminents qui l'entourent, comme MM. Chauveau, Cornil, Lannelongue, Nocard, etc., l'idée émise fut bientôt une réalité. Grâce au travail de M. L.-H. Petit l'organisation fut rapide et, tout le monde le reconnait, ne laisse rien à désirer. Enfin tous les remerciements doivent être adressés à M. Brouardel, le doyen, auquel on doit la merveilleuse installation qui transforme le grand amphithéâtre de la Faculté.

Ces justes éloges sont soulignés par les applaudissements enthousiastes de toute l'assistance, et une double salve nourrie et chaleureuse éclate pendant que se rassied l'orateur disert et élégant auquel on doit l'existence du Congrès.

M. le professeur *Cornil* prend la parole pour une communication intitulée : De la pénétration des bacilles par les muqueuses. Il a fait dans son laboratoire de nombreuses expériences en introduisant dans l'œsophage des cobayes quelques gouttes de cultures tuberculeuses ; il a toujours observé au bout de cinq à six jours des lésions

tuberculeuses sous-muqueuses avec généralisation rapide sans lésion de l'épithélium.

Dans une seconde série il a introduit la même culture dans le vagin de cobayes femelles et il a constaté une rapide tuberculose utérine. Il est légitime d'admettre que l'inoculation tuberculeuse est possible dans les rapports sexuels quand des bacilles sont introduits.

M. le professeur *Nocard*, d'Alfort, au sujet de la question posée par le comité : Des dangers auxquels expose l'usage de la viande et du lait des animaux tuberculeux, moyen de les prévenir, fait une intéressante communication. Le lait, étant donnée la grande difficulté à reconnaître la tuberculose mammaire chez la vache, doit toujours être considéré comme suspect et ne doit jamais être donné sans avoir été préalablement bouilli. Le lait de chèvre peut être mis en dehors de cette règle, la chèvre tuberculeuse étant une curiosité pathologique.

Quant à la viande des animaux tuberculeux que Toussaint avait considérée comme un danger public, d'après les expériences faites avec la viande de 21 vaches dont le jus a été inoculé à 4 cobayes par vache, elle ne semble qu'exceptionnellement dangereuse puisqu'aucun cobaye sur 84 inoculés n'est mort tuberculeux. La viande absorbée par 12 jeunes chats, et ceux-ci sont facilement tuberculisables, n'a inoculé aucun d'entre eux, quoiqu'un d'eux ait mangé 500 gr. de viande provenant de la vache dont le jus de viande inoculé avait tué le seul cobaye qui a succombé.

En résumé, la viande tuberculeuse absorbée par les voies digestives n'est qu'exceptionnellement dangereuse.

M. *L.-H. Petit*, dans le compte rendu de l'organisation et de la situation financière du Congrès de la tuberculose, fait remarquer que le Congrès doit des remerciements à l'Œuvre de la tuberculose, dont les fonds sont venus suppléer l'insuffisance financière des cotisations que l'on avait fixées à 10 francs. Mais si au point de vue financier le Congrès n'est appelé qu'à un succès relatif, il n'en est pas de même de son succès moral et scientifique qui nous paraît assuré. Et pour la France, M. L.-H. Petit fait une telle énumération de villes et de pays qui ont répondu à l'appel du Congrès qu'il nous est impossible de le suivre.

Disons avec lui que tous les pays du monde sont venus, sauf un, que comme M. Petit nous ne nommerons pas, nous témoigner de leur bienveillance et aussi de l'intérêt que leur inspire la question soulevée par les médecins et les vétérinaires français.

F. V.

BIBLIOGRAPHIE

CONFÉRENCES CLINIQUES SUR LES MALADIES DES FEMMES, par *G. Bernutz*. (G. Masson, édit. Paris, 1888.)

Ce livre, écrit tout entier de la main de Bernutz, est en quelque sorte l'ensemble des principes et des doctrines professées par l'auteur qui a peut-être le mieux connu et étudié les maladies des femmes. — « Dans ce livre, Bernutz fait paraître sous la forme de conférences les différentes questions qu'il a traitées devant ses élèves. Nous ne pouvons, dit M. Siredey dans la préface qu'il met en tête du volume, avoir la pensée d'en donner une appréciation générale : le grand nombre et la diversité des sujets qui y sont étudiés ne comporte pas un compte rendu de ce genre. » Ce serait à nous de l'outrecuidance d'essayer ce que n'a pas voulu faire un maître comme M. Siredey. Comme lui et avec ses propres paroles nous nous contenterons de signaler les chapitres les plus importants du livre de Bernutz. Le vaginisme, les vices de conformation des organes génitaux, les déplacements de l'utérus, ses déviations et ses fluxions, les complications tenant à l'état de processus d'un utérus rétrofléchi ou rétroversé, l'élévation ou l'abaissement utérin sont autant de chapitres qu'il faut lire et étudier et qui révèlent la grande expérience de l'auteur.

Citons d'une façon spéciale les leçons consacrées à la pelvi-péritonite et aux phlegmons des ligaments larges, ces affections encore si discutées et que Bernutz avait su étudier avec le grand sens clinique qui le caractérisait. On retrouve dans ces chapitres des observations qui semblent prises d'hier et si on ne trouve pas les mots de salpingite, d'ovarite, on trouve les faits, les descriptions. « Ces chapitres font honneur à l'auteur. L'étude originale de cet état morbide a été le point de départ d'une révolution dans la pathologie des organes génitaux de la femme. Non seulement elle a fait justice d'une erreur, mais elle a imprimé à l'interprétation des lésions périutérines une direction qui a été féconde en bons résultats, en établissant la grande part que prend le péritoine pelvien dans les inflammations de l'utérus et de ses annexes. »

L'hématocèle, dans ces conférences, tient une large place et on sait combien Bernutz connaissait cette question qui avait été et avait continué à être l'un des sujets favoris de ses études.

« Dans toutes les questions qu'il a traitées, Bernutz s'est toujours montré avec ses qualités maîtresses... Au débutant il servira de guide dans les recherches qui doivent conduire au diagnostic ; au praticien il fournira les indications thérapeutiques les plus rationnelles pour éviter les mécomptes et obtenir la guérison. »

F. VERCHÈRE.

NÉCROLOGIE

Le Dr J.-B. Jourjon.

Les funérailles du Dr JOURJON ont eu lieu mercredi matin. Sur tout le parcours de la longue rue de Charenton se tenait une foule considérable, très respectueuse, très émue, témoignant par sa présence des nombreuses et franches sympathies qu'avait su s'acquérir ce simple médecin de quartier. Jourjon a eu des funérailles dignes de sa vie si honorable et si laborieuse.

Au cimetière de Charenton, où le cortège est arrivé fort nombreux encore, trois discours ont été prononcés. Voici celui de notre confrère Goujon, sénateur et maire du XIIe arrondissement :

Messieurs,

« Au nom de ses amis, au nom des pauvres de notre arrondissement et comme témoin de la vie si honorable du docteur Jourjon, qu'il me soit permis de lui dire ici un dernier adieu.

Cette mort, si prompte, si inattendue est pour moi si douloureuse, que je me sens bien incapable de vous dire, comme je l'aurais voulu, ce que fut ce cher ami dont l'existence modeste a été toute de dévouement aux malheureux.

D'autres vous retraceront cette vie si digne, les luttes et les privations de toutes sortes qu'il a dû s'imposer pour obtenir ce diplôme de docteur en médecine, qui ne lui a, hélas, pas donné la fortune, mais lui a acquis l'estime et la reconnaissance de tous ceux auxquels il a prodigué ses soins.

Je ne veux rappeler avec vous que ces grandes qualités de cœur et d'esprit qui faisaient de Jourjon le plus précieux, le plus fidèle des amis et le meilleur des médecins.

Tout ce qui était générosité de sentiments, il l'épuisait avec les autres.

Dans les différentes fonctions qu'il a occupées, son zèle était infatigable : ses malades du Bureau de bienfaisance vous diront de quelle sollicitude il les entourait ; combien il était prodigue de son temps avec eux, avec quelle délicatesse, quelle discrétion il savait leur glisser une pièce de monnaie en même temps que son ordonnance.

Les nombreux ouvriers des ateliers du chemin de fer, qui le pleurent aujourd'hui, savent ce qu'ils perdent en lui ; ils l'aimaient et l'écoutaient comme un véritable oracle.

Les excellents soins qu'il leur donnait chaque jour étaient accompagnés de quelques bonnes paroles parties du cœur qui les encourageaient dans leurs peines.

Mais le véritable élément de cet homme de bien, était le milieu des écoles de notre arrondissement dont il était médecin-inspecteur.

Plein de tendresse pour l'enfance et surtout l'enfance malheureuse, il se souvenait combien la sienne avait été rude.

On ne pouvait soupçonner chez Jourjon, dont l'abord était quelquefois un peu brusque, sa sensibilité si grande, sensibilité presque féminine quand il parlait des enfants pauvres. J'ai vu souvent son émotion aller jusqu'aux larmes dans ces moments : aussi s'efforçait-il de les consoler, de les soulager dans la mesure de ses moyens.

Jourjon était un vrai médecin ; personne ne soignait ses malades avec plus d'intelligence et de savoir. L'esprit en éveil à tous les progrès, aucune publication nouvelle ne lui échappait : son érudition étonnait ceux qui ne voyaient en lui que le modeste médecin de quartier qu'il avait toujours rêvé d'être.

On ne peut s'habituer à la pensée de ne plus revoir cet homme sincèrement aimé et estimé de tous ceux qui l'ont connu ; et pourtant il disparaît à jamais, laissant une veuve, la fidèle compagne des jours d'épreuves, et cinq petits enfants !

Est-il donné une situation plus terrible ?

A cette pensée si pénible, je trouve cependant un adoucissement dans la certitude de traduire le sentiment de vous tous ici, en disant à Jourjon : Dors en paix, fidèle ami, ta vie a été bien remplie. Ce dévouement inépuisable que tu prodiguais à tous ne fera pas défaut à ceux que tu laisses. Tes amis se feront un devoir sacré de veiller sur eux.

Tu fus un modèle de droiture et de probité professionnelle, ton exemple sera souvent donné et ta mémoire sera religieusement gardée parmi nous.»

L'émotion causée dans l'assistance par le discours de M. Goujon a augmenté encore lorsque le Dr Ménard, sous-directeur du Jardin d'acclimatation, a prononcé le discours que voici :

Messieurs.

« Je cherche à dominer l'émotion qui m'oppresse pour dire un suprême adieu au camarade d'études, au confrère, au bon ami Jourjon. Je pense qu'il est de mon devoir aussi de rendre hommage à la mémoire de l'homme que nous pleurons en retraçant quelques traits de sa vie qui permettent de la donner en exemple.

Issu d'une famille bien modeste, il n'a pas eu d'autre patrimoine qu'une instruction de collège, c'est avec cela qu'il est entré dans la vie, avec cela qu'il a pu acquérir la valeur que nous lui avons connue, grâce à son intelligence et surtout à son travail opiniâtre et à sa volonté persévérante.

Entré au service militaire pour sept années, non content de faire son devoir en brave, mais désireux de s'instruire davantage, il demanda la faveur d'être infirmier, et c'est comme infirmier qu'il commença ses études médicales.

Libéré du service à l'âge de 26 ans, il se trouvait à Paris sans ressources et sans appui. Il eut l'idée de se présenter au doyen de la Faculté de médecine, le professeur Tardieu.

« Monsieur le doyen, lui dit-il d'un air délibéré et respectueux, dans une « circonstance récente vous avez déclaré être le père des étudiants; c'est « à ce titre que je viens m'adresser à vous. Je suis étudiant, je n'ai pas « de quoi vivre et cependant je veux être médecin. » Le doyen frappé de son attitude ne réfléchit qu'un instant, l'invita à revenir le lendemain; et le lendemain Jourjon devenait secrétaire du médecin en chef des chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée.

Cette position modeste lui a permis d'achever ses études.

Mais aussi quelles journées bien remplies ! quelles soirées de labeur ! Et quelle vie rude. Je ne puis m'empêcher de vous en donner la mesure par un souvenir personnel.

Presque tous les jours, en arrivant à l'hôpital, il m'engageait, avec l'assentiment de la religieuse du service, à goûter le pain et le vin de quinquina des malades ; je les goûtais avec lui, mais lui les goûtait plus largement que moi. Le pauvre ami ne m'a jamais confié que c'était son seul déjeûner.

Docteur en médecine, il était tout naturellement désigné pour remplir un des services de la Compagnie où il avait débuté, et pendant 20 ans il a fait la consultation des ateliers ; c'est là qu'il a signé sa dernière ordonnance.

Médecin du Bureau de bienfaisance, médecin-inspecteur des écoles, partout il a montré les plus grandes qualités. On appréciait en lui le sens judicieux du clinicien et le dévouement aux malades pauvres auxquels il ne donnait pas seulement le secours de la science.

Personne ne comprenait et ne pratiquait mieux que lui la confraternité médicale.

Et dans sa vie privée, il avait des trésors d'affection et de tendresse pour les siens. Il voulait les partager entre de nombreux enfants. Hélas! il est enlevé quelques jours trop tôt pour recevoir son cinquième, et bien des années trop tôt pour avoir préparé à tous une existence moins rude que la sienne.

Sa fin est comme toute sa vie digne de notre admiration. Il n'y a que cinq jours, à son lever, ses forces semblaient l'abandonner. On lui faisait observer dans son entourage qu'il était souffrant, qu'il ne devrait pas se rendre à sa consultation, qu'il pouvait tomber en chemin. Sa forte constitution, sa volonté énergique lui faisaient illusion.

« Je remplis mon devoir, dit-il, si je tombe, on me rapportera. » Fatale prédiction ! trois heures après on le rapportait frappé d'une apoplexie foudroyante.

Adieu, mon bon ami; si ta digne femme, si tes pauvres enfants peuvent

recevoir une consolation, tes confrères et amis la leur donnent, en leur disant qu'ils continuent à faire partie de la bonne famille médicale. Cette famille-là survit aux générations et ne laisse pas d'orphelins. »

Au nom de la Réunion amicale des médecins du XIIe arrondissement, le Dr Gibert a exprimé en termes émus les vifs regrets que la mort de Jourjon cause à tous ses confrères. Nous avons déjà reçu de plusieurs points du réseau de la Compagnie P.-L.-M. des lettres montrant que partout cette perte, faite dans de si lamentables circonstances, sera vivement ressentie.

A. Ch.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Concours du clinicat obstétrical.* — Ce concours vient de se terminer par la nomination de M. Bonnaire, comme chef de clinique, et de M. Boissard, comme chef de clinique adjoint.

Un confrère colonel. — Parmi les colonels nommés le 9 juillet dernier, nous sommes heureux de relever le nom d'un de nos confrères, M. Frédéric Canonge, docteur en médecine, colonel du 139e d'infanterie. (*Gaz. des hôp.*)

Conseil municipal de Paris. — *Allocation d'une subvention de 6,000 fr. à M. Marey.* — La subvention de 6,000 francs accordée à M. Marey, directeur de la station physiologique du Fonds-des-Princes, est portée à 12,000 fr.

Cette subvention sera spécialement affectée à des études physiologiques ayant pour but de perfectionner l'éducation physique de l'homme et d'améliorer les conditions de son travail.

Dans sa séance du 25 juillet, le Conseil, sur la proposition de M. Patenne, a voté la création d'un dispensaire pour enfants malades dans le XXe arrondissement.

Le Conseil a voté dans la même séance, sur la proposition de M. le Dr Chautemps, l'organisation du service de M. le professeur Grancher en vue de l'application de l'antisepsie médicale à l'hôpital des Enfants-Malades.

Le sixième centenaire de l'Université de Montpellier. — Les membres de l'enseignement supérieur de Montpellier et les membres de l'Académie des sciences et lettres, dans une séance plénière tenue à la Faculté de médecine, ont décidé de fêter, dans le courant de l'hiver 1889-1890, le sixième centenaire de la fondation de l'Université de Montpellier.

Congrès de 1889. — Par arrêté ministériel, en date du 16 juillet, les membres du Comité d'organisation des divers Congrès internationaux qui se tiendront à Paris au moment de l'Exposition universelle de 1889 ont été nommés. Voici, d'après le *Journal officiel*, quelle sera la composition de ces Comités :

1° *Congrès de dermatologie et de syphiligraphie.* — MM. les docteurs Ernest Besnier, Feulard, Fournier, Hallopeau, Quinquaud, Tenneson et Vidal ;

2° *Congrès d'hydrologie et de climatologie.* — MM. Caulet, Danjoy, Fines, Japhet, Lemoine, Leudet, Piche, Poincarré, de Ranse, Renou, Schlemmer, Tillot ;

3° *Congrès d'hygiène.* — MM. Bergeron, Bourneville, Brouardel (Paul), Chautemps, Chauveau, Colin (Léon), Cornil, Dubrisay, Dujardin-Beaumetz, Gariel, Gavarret, Grancher, Jacquot, Leviaud, Martin (A.-J.), Mayer, Monod (Ch.), Napias, Nicolas, Peyron, Pouchet (Gabriel), Proust, Siegfried, Straus, Rochard, Trélat (E.), Trélat (U.), Thévenot, Vallin, Vaudremer ;

Congrès de physiologie. — MM. Arloing, d'Arsonval, Balbiani, Beaunis, Berthelot, Bouchard, Brown-Séquard, Charrin, Chauveau, Cornil, Dastre, Duclaux, Dumontpallier, Dupuy, Duval (Mathias), François-Franck, Gley, Grimaux, Guignard, Jollyet, Lépine, Marey, Ollier, Pasteur, Ranvier, Regnard, Retterer, Richet (Charles), Rouget (Ch.), Straus ;

5° *Congrès de thérapeutique.* — MM. Bardet, Blondel, Boymond, Bucquoy, Créquy, Delpech, Dujardin-Beaumetz, Féréol, Fernet, Gueneau de Mussy, Labbé, Mayet, Moutard-Martin, Paul (Constantin), Petit, Vidal, Vigier.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 15 *au* 21 *juillet* 1888. — Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 1. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 3. — Diphtérie, Croup, 30. — Phthisie pulmonaire, 185. — Autres tuberculoses, 23. — Tumeurs cancéreuses et autres, 53.

Méningite, 42. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 32. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 36.

Bronchite aiguë et chronique, 28. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 50.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 69.

Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 33. — Sénilité, 18. — Suicides et autres morts violentes, 26. — Autres causes de mort, 162. — Causes inconnues, 5.

Nombre absolu de la semaine : 859. — Résultat de la semaine précédente : 844.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

LECROSNIER et BABÉ, libraires-éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-médecine

Traité clinique des maladies mentales, par le docteur SCHÜLE, médecin de l'asile d'Illenau, etc. 3e édition ; traduit par les docteurs J. DAGONET et DUHAMEL, revue et augmentée par l'auteur, avec une préface de M. le docteur H. DAGONET, médecin de l'asile Sainte-Anne, etc. Premier fascicule, 1 vol. in-8, 4 francs.

Manuel de métallothérapie et de métalloscopie appliquées au traitement des maladies épidémiques, burquisme et magnétisme animal (grand et petit hypnotisme), par le docteur J. MORICOURT, 1 vol. in-18, 3 fr. 50.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 89. MARDI 31 JUILLET 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome II. N° 89 Mardi 31 Juillet 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. LE Dr LABADIE-LAGRAVE.

Adénopathie trachéo-bronchique. — Méningite tuberculeuse chez un enfant de 6 mois. — Autopsie.

Par Blanche EDWARDS,
Interne provisoire à la Maternité.

(*Suite et fin.*)

Le cerveau fut ensuite examiné.

L'hémisphère droit ne présente pas de lésions des noyaux centraux, mais à la périphérie il y a de l'état chagriné dans une petite portion du lobe frontal à la face inférieure.

Les méninges sont adhérentes entre elles et à l'écorce sous-jacente dans l'extrémité antérieure du lobe frontal ; le reste de l'hémisphère se décortique assez facilement, quoiqu'il y ait congestion veineuse assez marquée sur la convexité.

A l'hémisphère gauche, il y a de la méningite et de l'adhérence de la pie-mère beaucoup plus marquée que sur l'hémisphère droit, surtout à la partie inférieure du lobe frontal où il existe une véritable dépression.

Le lobe pariétal présente également des circonvolutions plissées, chagrinées et adhérentes à la pie-mère.

Les plexus choroïdes des deux côtés ne sont pas augmentés de volume.

A l'état frais, il existait des tubercules disséminés des deux côtés à la base de l'encéphale, au niveau du lobe frontal surtout.

Le plancher du quatrième ventricule, libre et lisse, la protubérance, les pédoncules, le bulbe sont recouverts par des méninges épaisses et très vascularisées, adhérentes et présentant des points blancs tuberculeux. Le cervelet paraît légèrement asymétrique ainsi que les cordons latéraux du bulbe ; la partie droite serait moins développée que la gauche.

Conclusions. — De cette observation nous devons conclure qu'il s'agissait bien de méningite tuberculeuse de la convexité et de la base ayant surtout atteint le lobe frontal, plutôt à gauche, chez une enfant déjà entachée de tuberculose pulmonaire par le lobe moyen de son poumon droit, qui était infiltré de granulations tuberculeuses, et par ses ganglions trachéo-bronchiques tranformés en masses caséeuses.

Les points sur lesquels nous voulons insister sont :

L'âge de l'enfant d'abord. — En effet, dans les 101 observations de Barety, il ne signale l'adénopathie trachéo-bronchique que chez un seul enfant de 8 mois ; tous les autres cas se rapportent à des individus plus âgés ; chez les enfants, l'âge habituel de cette manifestation est pour lui de 3 à 6 ans.

Chez les enfants plus jeunes, en effet, ce sont habituellement les ganglions mésentériques qui sont atteints secondairement à la tuberculose intestinale, ce qui confirme la théorie de Louis, reprise depuis peu ; ou bien ce sont les ganglions inguinaux qui sont atteints secondairement aux excoriations, si fréquentes à cet âge, des fesses et des organes génitaux, et qui servent sans doute de porte d'entrée au bacille tuberculeux. En effet, pour tous les auteurs qui s'occupent de la tuberculose chez les jeunes enfants, rarement, chez eux, la porte d'entrée est le poumon.

A côté de cette remarque, nous tenons à signaler le rôle de l'hérédité. La mère de cette enfant, sans être d'une santé vigoureuse, n'a cependant aucun symptôme de tuberculose pulmonaire ou intestinale. Elle est atteinte d'une métrite hémorrhagique qui l'a amenée dans le service de M. le Dr Labadie-Lagrave, mais pendant les quatre mois qu'elle est restée avec nous jamais nous n'avons constaté chez elle ni diarrhée ni bronchite suspecte.

Dans ses antécédents héréditaires personnels, dans ce qu'elle nous dit du père de ses enfants, rien ne nous permet d'invoquer la tuberculose des ascendants.

Seule, son autre petite fille est morte après avoir eu six semaines la coqueluche (?), peut-être une toux coqueluchoïde comme celle dont nous nous occupons ici.

L'enfant a toujours été nourrie par sa mère, qui est une bonne nourrice puisqu'elle a été gardée jusqu'à ses métrorrhagies comme nourrice sédentaire à la Maternité. Elle n'a jamais bu de lait de vache ; il est donc impossible ici d'invoquer la contagion par l'alimentation, et c'est peut-être pourquoi l'intestin et les ganglions mésentériques sont indemnes.

La petite fille était remarquablement bien tenue et n'a jamais eu d'érythème des fesses, ni d'ulcérations aux parties génitales, d'où

l'absence d'inoculation tuberculeuse par ces voies et d'engorgements des ganglions inguinaux.

Enfin, nous voulons aussi signaler la mort par méningite tuberculeuse chez cette enfant de 6 mois.

Les avis sont partagés en ce qui concerne la méningite tuberculeuse avant 2 ans. Nous ne voulons pas reprendre l'historique de cette question qui est traitée dans la thèse de M. Rosselut, élève de M. le Dr Damaschino ; celui-ci soutient la fréquence de la méningite tuberculeuse chez les enfants au-dessous de 2 ans (1) et il est en cela d'accord avec MM. Landouzy et Queyrat (2).

Parmi nos maîtres, nous avons entendu plusieurs fois M. le Dr Sevestre affirmer la rareté de la méningite tuberculeuse chez les très jeunes enfants. Pendant notre année d'internat provisoire aux Enfants-Assistés nous n'eûmes pas l'occasion d'en voir un seul cas. Les deux seules méningites tuberculeuses que nous observâmes étaient chez des enfants de 6 et 8 ans. L'année précédente, étant externe de M. le Dr Féréol, nous vîmes deux cas de méningite tuberculeuse chez des enfants de la crèche, âgés en conséquence de moins de 2 ans, et par une étrange coïncidence, cette année même, nous avons, depuis le mois de février, vu mourir de méningite tuberculeuse deux nourrissons de la crèche du service de M. le Dr Labadie-Lagrave : l'enfant Ch......, dont nous donnons ici l'observation, et une autre enfant de 13 mois, que nous ne pûmes autopsier, mais qui fut prise après une longue convalescence de rougeole, de convulsions, d'élévation de la température entre 38° et 39°,5, avec augmentation considérable des pulsations, 140-180, le pouls étant très irrégulier tant qu'on put le compter, de cris hydrencéphaliques, et enfin d'irrégularité extrême de la respiration, rappelant le type de Cheyne Stokes, mais moins nettement cependant que chez la petite Ch.... Tous ces symptômes nous avaient permis, avec l'inégalité pupillaire et le strabisme, de conclure à l'existence d'une méningite tuberculeuse.

Chez l'enfant Ch..., la porte d'entrée a dû être le poumon, sans doute au moment de la bronchite qu'elle a contractée à 2 mois, et peut-être est-ce au milieu hospitalier qu'elle a dû de voir évoluer vers la tuberculose une bronchite qui, dans un milieu aéré et sain, eût peut-être guéri tout simplement.

(1) Rosselut. Th. Paris, 1888. Méningite tuberculeuse chez les enfants au-dessous de deux ans.

(2) Queyrat. Th. Paris.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

MAMMITE PUERPÉRALE. *R. Olshausen* (*Pester med. chir. Presse*, n° 26, 1888). — L'inflammation parenchymateuse de la glande mammaire est fréquente chez les accouchées ; elle survient en général dans la seconde semaine, rarement avant le sixième jour. Le début a lieu par un frisson plus ou moins violent et par une élévation de la température, mais déjà la malade accuse des douleurs dans le sein, dont la peau est rouge, tandis qu'on sent au toucher une masse dure et douloureuse. Dans les cas bénins, la fièvre cède dès le deuxième jour, et la maladie se termine par résolution. Passé ce terme, la suppuration est la règle.

Un traitement chirurgical bien appliqué au début peut circonscrire l'inflammation et l'empêcher de gagner les lobes voisins.

La mammite puerpérale a toujours pour origine l'infection. Celle-ci pénètre soit par les crevasses, soit par l'orifice des conduits galactophores. Escherich et Bumm, en montrant l'existence de bactéries dans le lait provenant d'une glande encore saine, ont montré en même temps la réalité de cette dernière origine. La présence de bactéries peut faire perdre au lait sa propriété alcaline, mais les organismes disparaissent avec la guérison des crevasses. La voie habituelle par laquelle pénètrent les staphylococcus est, dans la majorité des cas, celle des conduits galactophores. Dans une mammite non abcédée Cahn a trouvé un streptococcus particulier.

La mammite phlegmoneuse qui succède généralement aux crevasses se diffuse, s'étend au tissu cellulaire environnant.

On ne peut incriminer aujourd'hui la stase lactée comme cause de mammite, mais la pénétration des micro-organismes dans le lait fait développer des acides anormaux qui précipitent la caséine, en sorte que celle-ci peut, par son séjour, favoriser la reproduction des bactéries.

Suivant les statistiques de l'auteur, la mammite atteint surtout les femmes qui nourrissent, bien que les autres n'en soient pas exemptes ; les primipares fournissent un contingent de 67,6 0/0, tandis que l'affection est beaucoup plus rare chez les multipares.

La prophylaxie consiste dans la désinfection du mamelon et des crevasses, surtout après chaque tetée ; il faut avoir soin également de nettoyer la bouche de l'enfant. Sitôt que la mammite se déclare, il faut cesser l'allaitement, ce qui est le meilleur moyen de la faire avorter. L'auteur recommande en même temps les purgatifs et l'application de la glace sur le sein. Si la fièvre dure plus de trente-six heures, il faut s'attendre à la suppuration, rechercher le point fluc-

tuant et l'inciser aussitôt qu'il apparaît, avec toutes les précautions antiseptiques.

Dans la mammite sous-aréolaire qui n'intéresse que le tissu cellulaire sans toucher à la glande, la suspension de l'allaitement n'est pas nécessaire. Enfin, l'abcès rétro-mammaire doit être ouvert de bonne heure au niveau du bord inférieur de la glande.

L. Jumon.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 *juillet* 1888. — *Présidence de* M. Polaillon.

Ascite chyliforme. — M. *Terrier*, à propos de la communication de M. Terrillon, revient sur la malade en question, ponctionnée d'abord par Kœberlé, qui ne voulut pas se prononcer, et examinée par lui, qui trouva, comme M. Terrillon, une petite tumeur attenant à l'utérus. Il ponctionna cette femme et fit faire l'analyse du liquide recueilli par M. Patin. Ce chimiste, trouvant là un liquide d'une densité beaucoup plus grande que celle du liquide de l'ascite ordinaire, donna pour origine à l'épanchement la rupture d'un kyste ovarique. La quantité de matières grasses était en effet insignifiante et il y avait dans le liquide une abondance extraordinaire de cellules épithéliales et de globules sanguins.

M. Terrier pense que l'ascite de nature inflammatoire peut donner naissance à des liquides d'une nature très variable dans leur composition, et contrairement à l'opinion émise par MM. Terrillon et Straus, il croit que, dans ces cas, il ne s'agit pas d'une transsudation à travers les lymphatiques ou d'une rupture de ces vaisseaux, mais d'une modification d'un liquide ascitique.

M. *Tillaux* est de l'avis de M. Terrier. Il ne faut pas tenir grand compte de l'analyse chimique. Il se souvient d'une femme qui portait une tumeur de l'abdomen compliquée d'ascite. Il la ponctionna, fit faire l'analyse par M. Méhu, qui affirma que c'était un liquide kystique. Il pratiqua l'opération et tomba sur une tumeur de l'épiploon. Ce liquide avait les caractères du liquide kystique et n'en était pas. Pour sa part, depuis cette époque, il ne tient plus compte de l'analyse du liquide.

M. *Terrillon* n'a pas voulu dire que l'ascite chyleuse ne pouvait être que le résultat d'une rupture des lymphatiques. Il cherchait une explication, et l'ayant trouvée dans l'observation de Straus il l'a acceptée. Chez sa malade, il s'agissait d'un liquide dans lequel la graisse était émulsionnée, et cette graisse émulsionnée ne pouvait être une transformation des globules purulents ou de la fibrine, car

chez une autre malade de la Salpêtrière, la ponction donna bien un liquide analogue, mais qui, provenant de la dissociation des globules, présentait à l'examen microscopique des granulations et des globules en voie de dégénérescence. Enfin, ce liquide a commencé à se former il y a huit ans, ce qui est un peu long pour accepter l'hypothèse d'une inflammation.

M. *Quenu* se refuse à admettre que l'analyse chimique n'ait aucune valeur. Il a fait quelques recherches à ce sujet, et dans tous les cas où l'analyse a révélé un chiffre de matières fixes s'approchant de 100 grammes, il pense qu'on peut, avec beaucoup de chances de s'approcher de la vérité, croire à un kyste de l'ovaire ou à une tumeur végétante.

M. *Terrier* pense que ce qu'a dit M. Tillaux est exact, toutefois avec la restriction de M. Qénu. La limite fixée par les chimistes est purement arbitraire; il y a des types intermédiaires, des liquides particuliers qui déroutent le diagnostic. L'hypothèse de M. Terrillon peut parfaitement se soutenir; mais, pour lui, il ne l'accepte pas. On trouve en effet du liquide chyleux dans certains hydrocèles, et il n'y a pas de chylifères dans la tunique vaginale.

Fistules pyo-stercorales et entérorraphie. — M. *Trélat* expose deux cas de fistules pyo-stercorales, dont le premier chez un enfant de 16 ans. Au début il y eut un abcès de la fosse iliaque consécutif à une fièvre typhoïde, le malade avait alors 10 ans. Une fistule pyo-stercorale s'établit. A 15 ans cette fistule se présentait d'une façon bénigne, sans rétention. M. Trélat la laissa évoluer et elle guérit spontanément comme cela arrive dans la moitié des cas analogues.

Le second cas a trait à un malade soigné il y a deux ans et demi à l'Hôtel-Dieu pour pérityphilite. A la suite de cette affection, il vit survenir un gonflement qui soumis à des alternatives d'amélioration et de rechute finit cependant par s'améliorer. Ce malade quitta l'hôpital pour aller chez lui et rentra au mois de janvier dernier à la Charité, pour voir deux jours après le foyer purulent s'ouvrir. L'écoulement devint bientôt stercoral et l'état du malade s'aggrava. Devant la faiblesse, l'émaciation qui s'emparaient de son malade M. Trélat se décida à intervenir, et afin de se faire une opinion justifiée, il rassembla les observations sur ce sujet, au nombre de 17, les étudia et arriva à une opinion. Pour le professeur de la Charité, les fistules pyo-stercorales dans lesquelles il y a des masses adhérentes dans l'abdomen échappent à la thérapeutique.

Les suppurations qui proviennent par exemple de l'utérus, remontant le long de la fosse iliaque, comprenant l'intestin, puis la paroi abdominale, laissent à leur suite une tumeur indurée, adhérente,

même des fistules pyo-stercorales ombilicales, qui ont des trajets compliqués, tortueux, et qui ne sont pas susceptibles d'une intervention; il faut encore comprendre dans ces cas les fistules et ouvertures intestinales multiples. En dehors de ces cas, la pratique doit être la suivante : Il faut faire une large ouverture du foyer, le nettoyer et ensuite examiner les parties profondes; si il n'y a pas de masses indurées, d'adhérences, faire l'entérorraphie; si au contraire on se trouve en face d'adhérences nombreuses, d'orifices multiples, s'arrêter et remettre à plus tard la seconde partie de l'intervention. Dans l'observation de M. Trélat l'opération fut facile, il vit au fond du trajet nettoyé un petit diverticule, il le caressa de son bistouri, et à la troisième caresse il vit l'épiploon qui faisait hernie; il avait ouvert le péritoine. Il libéra alors l'intestin, l'attira au dehors revêtu de son péritoine, le sectionna, coupa la collerette de muqueuse et rejoignit les deux bouts par une suture à deux étages : 9 points de suture pour la muqueuse, 11 points pour la séreuse.

Réunion de la paroi abdominale par un premier plan de suture profonde qui céda dans un effort de toux. Drainage en haut et en bas avec deux mèches iodoformées. Première selle le 5e jour; le malade guérit sans accidents. C'est le 5e cas de guérison après cette opération. L'un appartient à M. Julliard, deux autres à M. Rietel, un autre à M. Horteloup. Dans ces 4 cas, il y a eu des échecs opératoires primitifs, et dans ces 4 cas on a essayé de clore l'orifice lui-même. M. Trélat en a conclu que la conduite du chirurgien pouvait se résumer ainsi : Dans les cas de fistule pyo-stercorale n'étant pas sous la dépendance d'un vieux foyer abdominal avec adhérences multiples, déterger l'abcès, reconnaître les parties profondes. Si on ne se trouve en présence que d'un seul orifice intestinal, libérer l'intestin aseptisé en pénétrant dans la cavité abdominale, pratiquer la suture totale de l'intestin. Si on ne voit pas bien l'orifice intestinal, si ceux-ci sont multiples et en pomme d'arrosoir, bourrer la cavité de gaze iodoformée, attendre qu'elle bourgeonne. Huit jours après examiner ces parties ; si orifice, tenir la conduite dictée plus haut; si orifices multiples, empâtement, adhérences, cautériser l'infundibulum et laisser marcher les choses. C'est la conduite recommandée par MM. Verneuil et Duplay qui ont eu ainsi chacun 2 succès par rétrécissement de l'ouverture.

M. *Tillaux* ne comprend pas bien les deux étages de suture. Il lui semble qu'on ne doit pas suturer la muqueuse, parce qu'en ce faisant on pénètre forcément avec le fil dans la cavité intestinale, ce qui doit être évité.

M. *Routier*, remplaçant M. Horteloup, a vu le malade opéré par ce chirurgien. A ce moment il existait une vaste ouverture laissant

voir le cæcum et la valvule iléo-cæcale. Il fit une entérorraphie partielle au-dessus de la valvule et M. Horteloup put faire facilement le reste de la suture.

M. *Trélat* n'avait fait jusqu'ici qu'un plan de suture Lambert. Il ne défend pas la suture de la muqueuse, mais a été amené à la pratiquer l'autre jour pour permettre le bon affrontement de la séreuse; mais au fond il n'y tient pas.

M. *Monod* présente une série d'instruments construits par M. Luer et pouvant supporter dans l'étuve une température de plus de 100 degrés.

M. *Marchand* présente un énorme fibrome sous-péritonéal de la paroi abdominale, 30 centimètres de longueur sur 28 de largeur.

M. *Richelot* présente au nom du Dr Closmadeuc (de Vannes) une série de vertèbres provenant d'une sépulture du XIIe siècle et portant à la partie antérieure des exostoses qui pourraient bien être selon lui des exostoses syphilitiques.

M. *Kirmisson* pense que ces exostoses sont simplement le fait de l'âge, on en rencontre souvent d'analogues chez les vieillards.

M. *Tillaux* est aussi de cet avis, c'est une ossification du grand surtout ligamenteux antérieur.

M. *Quénu* présente un lipome de 920 grammes enlevé chez un enfant de 2 ans, ce qui est assez rare. Il confinait au mamelon, prenait l'aisselle, le bras et s'étendait jusqu'au coude. Les nerfs passaient au milieu de la tumeur, ce qui rendit sa dissection difficile.

La Société de chirurgie entre en vacances.

Eugène ROCHARD.

BIBLIOGRAPHIE

LEÇONS DE CLINIQUE CHIRURGICALE professées à l'Hôtel-Dieu de Lyon par *Daniel Mollière*. (G. Masson, éditeur. Paris, 1888.)

Les sujets traités dans le volume que vient de faire paraître M. Daniel Mollière sont spéciaux, c'est-à-dire qu'il ne faut pas s'attendre à trouver un traité de pathologie externe dans ce livre fait suivant les hasards de la clinique, suivant les malades que l'auteur pouvait et devait faire passer sous les yeux de ses auditeurs. Aussi ne trouvons-nous pas une seule leçon de pathologie générale proprement dite. Dans quelques cas, l'auteur a pu faire incursion dans le domaine des doctrines microbiennes, comme, par exemple, dans sa leçon sur les abcès de l'aisselle, mais cela est une exception et simplement pour montrer comment on peut être à la hauteur des travaux modernes tout en restant dans le domaine clinique.

C'est en effet le côté pratique, clinique, utile aux malades qu'a surtout envisagé M. D. Mollière.

Placé à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans un service où abondent les malades, il avait devant lui un vaste sujet d'étude qu'il a su cultiver et exploiter. Toutes ces leçons se ressentent de cette grande expérience acquise chaque jour au lit du malade et montrent le chirurgien occupé surtout de traiter ses malades et habitué à reconnaître tout de suite de quelle affection ils sont atteints. Pas de recherches bibliographiques, pas d'historique en concluant, pas d'opinions diverses citées, répétées ou confirmées, tout de suite le chirurgien dit ce qu'il voit, ce qu'il sait, ce qu'il peut affirmer et comment il y remédie. Si l'on veut bien ne pas prendre en mauvaise part ce que nous allons écrire, nous dirons volontiers que ce livre est le livre d'un praticien et d'un praticien expérimenté.

Les leçons sur la tuberculose du pied, qui sont le début du livre de M. Mollière, montrent bien cet esprit clinique qui a dirigé l'auteur dans son travail. Il décrit les différentes formes de la tuberculose, la marche qu'elles suivent, les unes débutant par l'articulation, les autres par les os, les dernières, enfin, par les gaines. Les unes exigeant un simple curage, un simple évidement, les autres, au contraire, entraînant la nécessité d'une intervention rapide, radicale, l'amputation sus-malléolaire. Chez l'enfant, chez l'adulte, chez le vieillard, marches différentes et non moins intéressantes à étudier.

Les leçons sur les autres tuberculoses osseuses, mal de Pott, coxo-tuberculose, tuberculose du coude suppurée ne sont pas moins intéressantes.

Citons aussi une série de leçons sur le cancer de la langue, le cancroïde de l'angle interne de l'œil, les épulis, le cancer du maxillaire supérieur, etc.

La leçon sur le phlegmon sus-hyoïdien septique est une de celles qui appartiennent en propre à l'auteur, c'est-à-dire dans laquelle il a décrit et étudié une affection mal connue avant lui. Dans ces cliniques, en effet, se trouvent réunis en quelque sorte les titres scientifiques du chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et nous y trouvons nombre de travaux originaux.

Par exemple, le traitement des goitres (toujours kystiques pour D. Mollière) par le drainage capillaire au moyen d'un faisceau de crins de cheval enfoncé avec pression dans la tumeur ; l'étude des hygromas du genou, qui forme une véritable monographie, celle sur les kystes du poignet. Disons ici que l'auteur semble peu partisan, sinon opposé à la notion actuelle qui tend à faire des kystes à parois riziformes des kystes tuberculeux ; citons encore une étude très détaillée et très intéressante sur les sutures tendineuses ; enfin, la

Le préfet appelle l'attention des maires et commissaires sur ce fait que les linges, matelas, couvertures, rideaux, tapis, ne sauraient être détériorés par cette désinfection obtenue seulement par la vapeur d'eau sous la pression de 108 à 115 degrés; des expériences nombreuses ont établi que ce mode de désinfection assurerait la destruction des germes pathogènes sans abimer ni le crin, ni la plume, ni les étoffes.

— Les obsèques du Dr FIEUZAL dont nous annonçons plus haut la mort, auront lieu le mardi 31 juillet, à 10 heures précises. On se réunira à la maison mortuaire, 110, boulevard Haussmann.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

LECROSNIER et BABÉ, libraires-éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-médecine.

Atlas d'anatomie chirurgicale, contenant les principales régions du corps humain, vingt-deux planches de grandeur naturelle avec l'explication très détaillée de ces planches, par le docteur J.-A. FORT. 1 vol. in-4° cartonné, planches noires, 25 fr. ; planches coloriées, 85 fr.

Manuel d'hygiène militaire, suivi d'un précis des premiers secours à donner en attendant l'arrivée du médecin, par le docteur C. VIRY, médecin-major de 1re classe. 2e édition revue et augmentée avec 68 figures intercalées dans le texte. 1 vol. in-18, 4 fr. 50.

Leçons de clinique chirurgicale, par le professeur A. DUBREUIL. T. II, fasc. 3, in-8°, 1 fr. 50.

Maladies de l'appareil digestif, leçons faites à la Faculté de médecine de Montpellier, par le docteur BAUMEL, professeur agrégé, etc. T. II, Pathologie des annexes. 1 vol. in-8° avec 3 planches lithographiées, prix : 8 fr. — Prix de l'ouvrage complet, 2 vol. in-8°, 17 fr.

Traité de pathologie chirurgicale spéciale, par le professeur F. KŒNIG, traduit de l'allemand d'après la 4e édition par J. R. Comte, chirurgien de l'hôpital de Genève, ouvrage précédé d'une introduction par le docteur Terrillon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. Tome premier, 2e fasc., 1 vol. in-8° avec 34 figures intercalées dans le texte, 7 fr. — Prix du tome premier complet, 1 vol. in-8° avec 113 figures intercalées dans le texte, 14 fr.

Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez, par les docteurs MIOT et BARATOUX, fasc. 2. De l'hygiène de l'oreille, maladies de l'oreille externe. 1 vol. in-8° avec 32 figures intercalées dans le texte, 4 fr. — Prix des fasc. 1 et 2, 1 vol. in-8° avec 161 figures intercalées dans le texte, 10 fr.

Des déformations de la cloison du nez et de leurs traitements chirurgicaux, par le docteur J. ROSENTHAL. 1 vol. in-8°, 3 fr. 50.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

Trente-cinquième année. — Tome II. — N° 90. Jeudi 2 Aout 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.

DAMASCHINO
Professeur de pathologie médicale, Médecin des hôpitaux.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane. Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.



35e Année. — Tome II. N° 90 Jeudi 2 Août 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, 1er *août* 1888.

M. V. Babès, professeur à la Faculté de médecine de Bucharest, a communiqué à l'Académie de médecine le résultat des recherches qu'il vient de faire sur la morve, affection assez commune en Roumanie chez les hommes et chez les chevaux. Il résulte de ses observations que le bacille de la morve peut pénétrer dans la peau intacte en suivant les follicules pileux où il se multiplie ; il traverse ensuite les couches épithéliales et produit des infiltrations de cellules embryonnaires sous forme de plaques et de papules qui seraient l'origine des ulcérations de la peau.

M. Constantin Paul est revenu sur la question de la filipuncture dans le traitement des anévrysmes. Comme M. Verneuil et M. Dujardin-Beaumetz il condamne ce procédé. Au contraire il présente une femme atteinte d'anévrysme de l'aorte chez laquelle l'électropuncture au moyen d'aiguilles japonaises très fines a donné quelques résultats. M. C. Paul indique le manuel opératoire à employer dans ce cas.

La majeure partie de cette séance a été prise par un long et très remarquable rapport de M. E. Besnier sur la nature et la contagiosité de la pelade. M. Besnier affirme la nature contagieuse de la maladie ; cependant il ne demande pas l'exclusion des lycées et des écoles des élèves qui en sont atteints, moyennant certaines précautions énumérées dans les conclusions que nous reproduisons plus loin.

Deux membres correspondants étrangers ont été nommés dans cette séance, M. Vanlair (de Bruxelles) et M. Cantani (de Naples).

A. Ch.

REVUE CRITIQUE

Relations étiologiques de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux.

Il est peu de questions aussi instructives au point de vue de l'étiologie que l'étude des rapports de la tuberculose humaine et de la tuberculose chez les animaux. Il se fait de l'homme aux espèces animales qui l'entourent et qui servent à son usage un échange plus ou moins direct et constant de principes morbifiques dont le bacille tuberculeux est le représentant le plus commun. La transmission réciproque de cet organisme des uns aux autres constitue un mode étiologique qui perpétue indéfiniment l'infection. M. Thomas Walley (1) a récemment attiré l'attention sur ces rapports pathologiques dont l'intérêt est d'autant plus grand qu'ils se rattachent à la prophylaxie de la maladie. Nous avons emprunté à son rapport la substance des remarques qui vont suivre.

On sait que l'espèce bovine est particulièrement apte à contracter la tuberculose. En dehors d'une prédisposition ou d'une réceptivité particulière, on ne connaît guère la raison de ce fait. Le mouton, au contraire, qui paraissait devoir plus facilement être atteint par les germes virulents parce qu'il tond le sol de plus près que le bœuf, est de tous les animaux à l'état domestique celui que la tuberculose atteint le moins. Chez le cheval, la tuberculose est relativement rare, on observe cependant des affections ganglionnaires dans lesquelles on retrouve le bacille de Koch. Le cochon paraît peu prédisposé à la tuberculose. Quant au chien et au chat, ils offrent une véritable immunité contre l'infection spontanée, tandis que l'infection expérimentale réussit généralement.

Chez les oiseaux de basse-cour, les lésions tuberculeuses sont difficiles à reconnaître car elles diffèrent totalement des lésions de même nature chez les autres animaux. Les granivores, les poules surtout, sont atteints par la tuberculose; les oies et les canards au contraire en sont le plus souvent exempts. D'autres oiseaux carnivores peuvent à l'occasion devenir tuberculeux lorsqu'ils dévorent les cadavres d'autres animaux.

Parmi les animaux semi-domestiques, le lapin est celui qui fournit le plus fort contingent à la maladie. Thomas Walley pense que les matières fécales de ces animaux en contaminant les pâturages contribuent beaucoup à la dissémination de la tuberculose chez les autres animaux. Enfin on sait que les singes sont particulièrement

(1) Thomas Walley. M. R. C. V. S. Animal tuberculoses in relation to consumption in man. *Edimbourg med. Journal*, mai et juin 1888.

prédisposés, et c'est chez eux que la tuberculose présente les plus grandes analogies dans ses lésions avec celle de l'homme.

Quant aux animaux sauvages, ils ne paraissent guère contracter l'affection, autant qu'on le sache, que lorsqu'ils sont réduits en captivité. Bland Sutton l'a observé chez le python qui est l'animal probablement le plus réfractaire. La tuberculose est donc à bon droit regardée comme une maladie panzootique.

La propagation de la tuberculose a lieu par différentes voies : par transmission héréditaire, par injection de liquides ou de solides contaminés, par voie d'inhalation, par inoculation accidentelle ou voulue, enfin par voie d'injection intra-veineuse.

On peut avoir de fréquentes occasions d'observer la transmission héréditaire chez les animaux. Franck Ashley a vu la méningite tuberculeuse et la phthisie pulmonaire survenir chez de jeunes veaux peu de temps après leur naissance. Th. Walley cite le fait d'une personne qui acheta les œufs d'une basse-cour qu'il savait infectée ; peu après l'éclosion, les poussins manifestèrent les symptômes de la maladie et les poules avec lesquelles ils vivaient furent très rapidement infectées. La seule objection qu'on ait pu opposer à la transmission héréditaire est la période silencieuse qui sépare la naissance de l'individu de l'apparition de la maladie; mais elle ne devient plus un obstacle, si l'on considère cette période de latence comme une sorte d'incubation très longue pendant laquelle les bacilles ou leurs spores sont emprisonnés, par exemple, dans les ganglions lymphatiques et y restent silencieux quant à leur reproduction, jusqu'au moment où une circonstance favorable produit leur généralisation dans tout l'organisme (Th. Walley).

La tuberculose est propagée non seulement par l'ingestion de ses produits mais aussi par celle des sécrétions des animaux atteints; c'est là un fait bien prouvé par ce qu'on observe entre les diverses espèces d'animaux. Il faut un degré de chaleur relativement considérable pour assurer l'innocuité du lait par exemple ; d'un autre côté, l'infection peut être causée chez l'homme par l'ingestion de viandes insuffisamment cuites, comme surtout celle de la volaille. Les animaux ingèrent trop souvent dans les étables et dans les pâturages les produits d'expectoration desséchés d'autres animaux malades. Les eaux d'écoulement ou les eaux souillées de différentes manières servent pour les animaux de véhicule aux bacilles.

La propagation par inhalation, encore contestée, est admise par Th. Walley, qui l'explique par le transport de particules desséchées des produits d'expectoration ou par des produits contaminés qui flottent dans l'atmosphère. Au dernier congrès de Wiesbaden, Cornet a montré que les poussières des chambres habitées par des phthisiques

qui crachaient sur le plancher peuvent communiquer l'infection. — La transmission par inoculation est une notion dont on doit la démonstration surtout à Villemin ; tous les produits tuberculeux à tous les degrés de leur évolution, les liquides organiques, le lait, l'urine, la salive et le sang peuvent, étant injectés, transmettre la tuberculose. Toussaint a même pu l'inoculer en se servant du liquide vaccinal de veaux tuberculeux.

Toutes ces causes multiples de transmission font que la tuberculose est une maladie qui sévit cruellement sur les animaux domestiques au point de causer un préjudice énorme à la société. Th. Walley assure qu'il se passe à peine un jour sans qu'il constate plusieurs cas de phthisie chez les bestiaux. Le préjudice n'est pas seulement considérable au point de vue économique pour l'éleveur ou l'agriculteur, il l'est directement pour le consommateur qui s'expose à l'infection.

Depuis quelques années, plusieurs congrès de vétérinaires en Angleterre ont posé la question de savoir si la viande des animaux qui ont été atteints de tuberculose ne devrait pas être condamnée comme étant d'un emploi dangereux, et y ont répondu par l'affirmative. On a essayé de nier ou de combattre la doctrine de l'identité de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux ; la même affection évolue en effet d'une façon différente, et il ne subsiste de la comparaison des faits que des analogies plus ou moins étroites. Mais ces différences qui tiennent au terrain et à l'organisme sur lequel se développe le bacille ne prouvent pas l'absence de l'identité de la tuberculose développée dans les deux cas.

Les relations étiologiques sont en définitive la meilleure preuve de la nature unique de l'affection. La transmission par le lait fournit à ce sujet l'argument le plus positif. Cox rappelle que plusieurs membres d'une même famille furent supposés avoir contracté la phthisie en buvant du lait tiré de la même vache ; un autre individu, soumis à un régime lacté à peu près exclusif, devint tuberculeux : une enquête démontra que dans la ferme où on prenait le lait il y avait deux vaches tuberculeuses sur trois. Dans un troisième cas on attribua la tuberculose qui se développa chez un fermier à l'inoculation sur la main de pustules du pis d'une vache infectée.

Hopkins cite de même l'exemple de deux sœurs qui furent atteintes de phthisie tandis que leurs frères restèrent indemnes. Les premières buvaient le lait de vaches reconnues tuberculeuses, tandis que les seconds avaient préféré le whisky au lait.

Le lait paraît donc être un des moyens ordinaires de transmission de la tuberculose de l'animal à l'homme. M. Th. Walley croit cependant que ce danger, qui est réel, a été souvent exagéré.

Il a d'abord exprimé cette opinion que le lait ne peut servir d'intermédiaire que dans le cas où le pis de la vache est affecté de lésions. La muqueuse des conduits galactophores peut être le siège de lésions tuberculeuses sans qu'on puisse constater les signes d'une mammite et notamment l'induration du pis. L'examen microscopique est nécessaire dans ce cas pour faire le diagnostic. D'un autre côté, le professeur Bang, de Copenhague, est aujourd'hui arrivé à cette conclusion que le lait des vaches tuberculeuses, ainsi que celui de la femme atteinte de tuberculose, ne contient les germes de l'affection que par exception lorsque la glande mammaire est saine. Au contraire, le lait qui provient d'un pis malade est extrêmement dangereux, car l'on trouve les bacilles spécifiques non seulement dans le lait mais dans la crème et le beurre qui en proviennent. Ce lait infecté ne perd pas ses propriétés nocives par l'ingestion à 65° C. et par injection dans le péritoine après avoir été porté à la température de 80° C.

On voit donc qu'il y a, du côté des animaux que l'homme élève à son service et qui peuvent être atteints de tuberculose, une source importante d'infection qu'il appartient aux mesures d'hygiène publique de combattre. L. Jumon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 *juillet* 1888. — *Présidence de* M. Hérard.

La correspondance comprend : 1° une note manuscrite de M. Paul sur le cancer du larynx, envoyée pour le prix Saint-Paul ; 2° une note manuscrite sur la stérilisation par l'acide carbonique de quelques solutions médicamenteuses altérables, par M. L. Jacquemaire, pharmacien à Villefranche (Rhône).

Note sur la morve aiguë et sur la pénétration du bacille de la morve dans la peau intacte. — M. *V. Babès* a eu souvent l'occasion d'observer des cas de morve, affection très commune en Roumanie chez les chevaux et chez les hommes. Les faits qu'il a pu recueillir montrent que le bacille de la morve peut entrer dans les follicules pileux, qu'il s'y multiplie en produisant d'abord une dilatation du follicule; ensuite, il traverse les couches épithéliales et on le trouve d'abord seulement autour du follicule, surtout dans des fentes lymphatiques, sans que le tissu environnant montre une irritation très prononcée.

En outre de ces lésions cutanées on trouve par place de petites

plaques, des papules proéminentes qui sont le noyau d'ulcérations. Il s'agit d'une infiltration de cellules embryonnaires, surtout polynucléaires, tandis que les cellules mono-nucléaires et endothéliales sont hyperplastiques.

Les altérations des glandes et surtout des follicules pileux sont beaucoup plus prononcées que celles de l'épithélium superficiel. Ce qui frappe tout d'abord, c'est que les follicules pileux sont toujours agrandis au milieu de l'infiltration embryonnaire, tandis que le tissu embryonnaire ne contient pas de bacille.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers (1re division). La commission présentait les candidats dans l'ordre suivant : en première ligne M. Vanlair (de Liège) ; en deuxième ligne M. Cantani (de Naples) ; en troisième ligne *ex-æquo* MM. Rommelaere et Warlomont (de Bruxelles).

Pour la première place, sur 43 votants, majorité 22, M. Vanlair est élu par 31 voix contre 6 à M. Warlomont, 4 à M. Cantani et 2 à M. Rommelaere.

Pour la deuxième place, sur 43 votants, majorité 22, M. Cantani est élu par 23 voix contre 15 données à M. Warlomont et 5 à M. Rommelaere.

Sur l'anagyrine. — M. *Schutzenberger* présente, au nom de MM. Hardy et N. Gallois, un travail manuscrit sur l'anagyris fœtida, plante de la famille des légumineuses, et réclame pour eux la priorité de la découverte de l'anagyrine dont ces auteurs indiquent le mode d'extraction et les caractères chimiques. Ces auteurs ont commencé une série d'expériences sur les modifications amenées par l'anagyrine dans le fonctionnement cardiaque des grenouilles, mais ces expériences ont besoin d'être reprises et répétées.

Traitement des anévrysmes par la filipuncture. — M. *Constantin Paul* condamne, comme MM. Verneuil et Dujardin-Beaumetz, la filipuncture et l'électropuncture dans le traitement des anévrysmes. Le traitement par l'électropuncture fait d'ailleurs courir des dangers : d'abord on coagule l'albumine, le caillot n'est pas fibrineux, il reste mou ; ou bien on entoure l'aiguille d'un vernis isolant pour éviter l'ulcération et alors on n'obtient pas de caillot adhérent aux parois. L'acupuncture provoque une inflammation modérée de la poche et un épaississement.

Pour éviter cet inconvénient, M. Paul préconise l'emploi d'aiguilles très fines, japonaises, il les laisse très peu de temps dans la poche ; il enfonce de trois à six aiguilles à 1 centimètre de distance l'une de l'autre et les laisse pendant un quart d'heure ; il se produit une induration de la membrane d'enveloppe, et si l'on vient ultérieurement à pratiquer une nouvelle opération on trouve une résistance

plus grande à l'introduction des aiguilles, et celle-ci finit par devenir tout à fait impossible à la quatrième ou cinquième opération. On évite ainsi la rupture de l'anévrysme à l'extérieur.

M. C. Paul présente à l'appui de sa communication une malade atteinte d'anévrysme de l'aorte et soignée par le procédé qu'il vient de résumer.

M. *Dujardin-Beaumetz* se demande s'il est utile de traiter les anévrysmes de l'aorte par un procédé quelconque. Tous les procédés signalés ne servent qu'à tenter d'empêcher l'ouverture de l'anévrysme à l'extérieur, mais ils n'ont aucune influence pour empêcher l'ouverture des anévrysmes à l'intérieur, ce qui n'est pas moins grave.

De la contagion de la pelade. — M. *E. Besnier*, au nom de la commission chargée d'étudier la question de la pelade, présente un rapport très complet qu'il fait suivre des conclusions suivantes :

Mesures de prophylaxie générale. — **1° Dans tous les établissements publics, asiles, écoles municipales, pensions, lycées, écoles supérieures, corps de troupe, administrations, et généralement dans toutes les agglomérations, aucun sujet atteint de pelade ne peut réclamer son admission ou sa conservation comme un droit. Cette admission ou cette conservation restent subordonnées aux résultats de l'enquête ouverte par les médecins particuliers à chacun de ces groupes.**

Pour les cas où l'intéressé n'accepterait pas la décision de ces médecins, ou si ceux-ci déclinaient la responsabilité à encourir, la question serait portée devant une commission compétente nommée par l'autorité supérieure.

2° Les mesures de prophylaxie générale doivent être dirigées de manière à protéger les sujets sains contre les contacts médiats ou immédiats avec les régions atteintes de pelade. Les contacts immédiats seront évités en maintenant la tête des peladiques couverte ou, au moins, en oblitérant exactement la surface malade ; les bonnets, les perruques partielles ou totales, les emplâtres agglutinatifs, les enduits de collodion ou de traumaticine, etc., peuvent être utilisés selon ces diverses circonstances.

Sans parler du mode de traitement à employer, qui doit être laissé à la direction absolument indépendante du médecin traitant, il est nécessaire de dire que l'exécution de ce traitement a une importance de premier ordre dans la prophylaxie générale de la pelade. Le sujet peladique, régulièrement traité et soumis à des mesures de propreté convenables, représente le minimum possible de danger pour les sujets sains avec lesquels il peut être en rapport. Concourent au

même but tous les moyens de nettoyage et de propreté qui doivent être strictement appliqués aux peladiques.

Pendant toute la durée de la maladie, ils auront les cheveux tenus courts sur toute la tête; la barbe sera rasée ou coupée rase aux ciseaux; chaque matin, les parties malades seront exactement lavées à l'eau chaude et au savon, sans préjudice des moyens thérapeutiques que le médecin traitant jugera utile d'appliquer et dont il conserve la plus libre disposition. Ces mesures ont pour seul but d'éliminer régulièrement de la surface de la tête tout élément qui y serait déposé et qui pourrait être un agent de transmission, elles sont absolument de rigueur. Il sera prudent de les continuer longtemps après la guérison confirmée, non seulement pour assurer celle-ci, mais encore pour prémunir les sujets sains contre la contamination directe ou indirecte, au cas très fréquent de guérison imparfaite, ou de récidive.

On s'attachera avec autant de soin à mettre les sujets sains à l'abri du contact, particulièrement sur la tête, avec les objets ayant été en rapport avec les parties malades. On interdira et on préviendra par des mesures appropriées, soit dans les familles, soit dans les divers établissements, l'échange des coiffures, la communauté des objets de literie, particulièrement des oreillers, traversins, lits de camp, appuis de tête divers et l'on devra au moins les recouvrir, si l'on est obligé de s'en servir, de linge appartenant aux sujets sains. Tous les objets ayant été en contact avec la tête des peladiques seront désinfectés, sinon détruits. Cette mesure est nécessaire, même pour le peladique qui peut être réinfecté par ses propres coiffures.

Les objets de toilette du sujet malade doivent lui être réservés exclusivement; il ne serait pas inutile d'aviser les coiffeurs que cette mesure est de rigueur pour tout client sur la tête duquel existe une plaque de pelade, maladie qu'ils connaissent très bien. Dans les agglomérations où la tondeuse est en usage, celle-ci sera momentanément abandonnée aussitôt qu'on aura constaté l'existence d'un peladique dans le groupe auquel elle sert; en tout temps, il serait bien de la désinfecter par immersion et mise en action dans l'huile ou dans la glycérine portées à l'ébullition; les ciseaux ordinaires, imbibés d'alcool, pourront être aisément et rapidement flambés.

Mesures de prophylaxie spéciale. — 3° Chaque sujet atteint de pelade fera l'objet d'une enquête médicale qui aura surtout pour but de rechercher, par une analyse attentive du cas particulier, les conditions dans lesquelles la maladie s'est développée, ses origines probables ou certaines, et de déterminer la période à laquelle est arrivée l'affection. Son ancienneté, son état stationnaire, le bon état du cuir chevelu en dehors de la portion dénudée, sa réparation manifeste-

ment en voie d'exécution sont au nombre des conditions qui permettront l'admission ou la conservation sous certaines réserves qui seront formulées ; les circonstances opposées, le début récent, l'augment manifeste, la multiplicité des plaques alopéciques et le peu d'adhérence des cheveux d'alentour motiveront, au contraire, la non-admission, le renvoi ou l'isolement temporaires. Dans l'application, dont le détail va être indiqué, ces règles pourront être modifiées selon les différentes conditions et les cas particuliers.

4° Pour les asiles et les écoles de la première enfance, la non-admission, l'exclusion ou l'isolement effectif seront la règle, parce que la rigueur de ces mesures n'a pas pour les enfants de cet âge la même gravité que pour ceux qui sont plus avancés, et parce qu'il est impossible de compter en rien sur leur concours.

5° Dans les écoles primaires, il sera possible d'admettre les peladiques, à la condition qu'ils demeurent séparés pendant les classes, isolés pendant les récréations, soumis à un traitement approprié et aux mesures de propreté ci-dessus indiquées ; enfin, qu'ils auront la tête couverte toutes les fois que l'étendue et le nombre des plaques alopéciées ne permettront pas d'en faire l'occlusion effective.

6° Pour tous les externats, les peladeux peuvent être admis aux classes et aux cours à des conditions analogues ; la récréation et l'étude en commun sont soumises à une surveillance particulière sous la direction du médecin de l'établissement. Les élèves auront la tête couverte par une perruque si les plaques peladiques sont nombreuses et étendues, ou un bonnet dans les cas moins intenses.

7° Pour les internats, écoles supérieures, etc., la surveillance pouvant être exercée encore plus utilement que dans les conditions de l'article précédent par le médecin attaché, et l'âge des sujets pouvant permettre de compter sur leur concours, on ne prononcera la non-admission ou l'exclusion temporaire que rarement et pour des cas particulièrement intenses.

Presque toujours les jeunes peladiques pourront être conservés, à la condition que leurs parents acceptent les mesures auxquelles ils devront être soumis, la surveillance et les soins du médecin de l'établissement ; qu'il soit pris, aux récréations ou aux dortoirs, des mesures de précaution appropriées et qu'ils auront la tête couverte d'une perruque ou d'un bonnet.

Si ces mesures, dont le degré sera réglé par l'intensité de la maladie, ne sont pas applicables dans un établissement particulier, on aura toujours la ressource de conserver les peladiques comme externes.

8° Dans les agglomérations militaires, l'exécution des règlements en vigueur permet de donner satisfaction à toutes les exigences de

service et de préserver les sujets sains, ainsi que cela se pratique dans l'armée de mer et dans l'armée de terre.

9° Dans tous les cas où les sujets peladiques conservés par tolérance seront devenus le point de départ manifeste de cas nouveaux, cette tolérance cessera aussitôt la constatation d'un foyer, laquelle entraîne de plein droit l'élimination immédiate de tous les malades.

M. *Ollivier* remercie la commission et son rapporteur d'avoir adouci les mesures réellement draconniennes prises contre les élèves des lycées et des écoles primaires. Il ne veut pas discuter aujourd'hui la question de doctrine.

Les conclusions du rapport de M. Besnier sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.

La séance est levée à 5 heures.

BIBLIOGRAPHIE

QUELLE EST LA MEILLEURE MÉTHODE OPÉRATOIRE APPLICABLE AUX RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE, par *J.-A. Fort*. (Lecrosnier et Babé, édit. Paris, 1888.)

Réduisant à trois méthodes les procédés dirigés contre les rétrécissements de l'urèthre, M. Fort les étudie successivement.

L'uréthrotomie interne qui est généralement adoptée est faite le plus souvent avec l'uréthrotome de Maisonneuve. Son innocuité acceptée assez universellement serait pour M. Fort très discutable. Elle serait de plus douloureuse et inutile, effrayant le malade qui redoute toujours une opération par instrument tranchant suivie d'écoulement sanguin. Elle nécessite un séjour plus ou moins prolongé au lit, exige une dilatation préalable dans bien des cas, réclame souvent l'anesthésie chloroformique. La sonde à demeure que l'on est contraint de maintenir après l'opération, la récidive qu'on n'évite presque jamais malgré des cathétérismes répétés pendant de longs jours, sont autant d'inconvénients sérieux. Enfin les accidents si variés et si graves, même la mort 5 fois sur 100 au moins, forment d'après M. Fort un tableau assez lugubre de l'uréthrotomie interne et de ses accidents pour qu'on doive accepter de remplacer cette opération grave par une opération tout à fait inoffensive.

La dilatation brusque ou *insensible*, *rapide* ou *lente*, *continue* ou *intermittente*, ne met pas à l'abri d'une récidive aussi fatale qu'après l'uréthrotomie interne. C'est un traitement long, ennuyeux, fatigant et chez certains malades dangereux. On doit en dire autant de cette dilatation brutale avec déchirure qu'on appelle divulsion.

Mais l'électrolyse, et l'électrolyse faite avec l'électrolyseur présenté à l'Académie par M. Fort ! Elle n'est pas douloureuse, elle est rapide. Elle ne s'accompagne pas d'écoulement de sang. Elle ne nécessite pas le séjour au lit. Elle ne réclame pas une sonde à demeure. Il n'y a jamais d'accidents consécutifs. La récidive est rare et, ajoute l'auteur, l'avenir se prononcera sur cette question de récidive, presque fatale après l'uréthrotomie et la dilatation.

La conviction avec laquelle l'auteur affirme ses idées, le manque d'expériences comparatives ne permettent pas de porter un jugement au sujet de la brochure que nous présentons aujourd'hui.

H. Fèvre.

NÉCROLOGIE

Le Dr Lacoste (de Pau), reçu en 1862, mort le 11 juillet. Le Dr Lacoste avait été récemment élu maire de la ville, mais le mauvais état de sa santé l'avait empêché d'accepter.

NOUVELLES

Le banquet de la tuberculose. — Lundi soir, au banquet qui a réuni les membres du congrès à l'Hôtel Continental, M. Monod, le très distingué directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, a prononcé un discours qui a eu beaucoup de succès. En voici quelques passages :

Messieurs,

M. le président du conseil, empêché d'assister à vos séances, m'a chargé de vous exprimer ses regrets et de vous dire avec quelle satisfaction le gouvernement de la République a vu le succès de ce congrès, le grand concours de savants qui, de tous les points du monde, ont répondu à votre appel, et aussi avec quel intérêt le gouvernement suit la marche de vos travaux. Déjà plusieurs de vos recherches ont abouti. En apportant des notions de plus en plus précises sur le mode de transmission de la phthisie, vous avez avancé le moment où nous pourrons appliquer les mesures de prophylaxie administrative...

Dites-nous donc ce que nous devons faire : notre bonne volonté, notre concours énergique ne vous feront pas défaut. Aux Chambres, aux assemblées départementales ou communales, le gouvernement fera les propositions qu'auront indiquées les résultats scientifiques... Nous ne pensons pas qu'il suffise d'administrer pour savoir ce qu'on n'a pas appris, et que les bonnes intentions puissent tenir lieu de science; nous ne pensons pas non plus que les sentiments les plus généreux suffisent pour faire utilement de l'assistance médicale... Faut-il pour les phthisiques

des hôpitaux spéciaux? Où les construire? Comment les agencer? Comment les administrer?

Il est désirable que cette question hospitalière, à peine abordée par le congrès cette année, soit mise à l'ordre du jour du congrès de l'an prochain... En résumé, vous êtes la science, nous sommes l'action administrative; nous subordonnons l'action administrative à la science. Nous sommes des spectateurs attentifs, prêts à devenir des soldats et à nous mettre en mouvement dès que vous nous donnerez l'impulsion. Et alors, tous ensemble, chacun dans sa sphère, unis dans un même dévouement aux intérêts de l'humanité, nous travaillerons à combattre la phthisie et à conserver le plus possible de ce patrimoine humain, dont la richesse est la condition et la garantie de toute prospérité.

ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — Un concours s'ouvrira, le 15 février 1889, à la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Limoges.

RÉGIME DES ÉTABLISSEMENTS SECONDAIRES. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, il est institué une commission pour l'étude des améliorations à introduire dans le régime des établissements d'enseignement secondaire.

Font partie de cette commission : MM. les docteurs Blatin, Bouchard, Brouardel, Dujardin-Beaumetz, Lagneau, Perrin, Proust, Rochard.

— Dans sa séance du 20 juillet, le Conseil municipal de Paris a approuvé l'établissement, suivant un système de construction démontable, de deux services provisoires d'isolement, pour vingt-quatre scarlatineux, à l'hôpital Trousseau et à l'hôpital des Enfants-Malades.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

LECROSNIER et BABÉ, libraires-éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-médecine.

La circonvolution de Broca, étude de morphologie cérébrale, par le docteur HERVÉ, 1 vol. in-8° avec 10 figures intercalées dans le texte et 4 planches en chromolithographie, 6 fr.

Atlas d'anatomie chirurgicale, contenant les principales régions du corps humain, vingt-deux planches de grandeur naturelle avec l'explication très détaillée de ces planches, par le docteur J.-A. FORT. 1 vol. in-4° cartonné, planches noires, 25 fr. ; planches coloriées, 35 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 91. SAMEDI 4 AOUT 1888.

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 91. SAMEDI 4 AOUT 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET, Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de médecine.
MICHEL PETER, Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.
DAMASCHINO, Professeur de pathologie médicale, Médecin des hôpitaux.
P. BERGER, Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.
E. BOTTENTUIT, Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.
F. LABADIE-LAGRAVE, Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome II. N° 91 Samedi 4 Août 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE

—

Sur la nature des variétés atypiques du « lupus vulgaris » (1),

Par M. H. Leloir,
Professeur à la Faculté de médecine de Lille.

A côté de la forme classique du lupus vulgaire, j'ai constaté depuis plusieurs années que celui-ci pouvait se présenter, dans certains cas, sous des aspects un peu particuliers, atypiques, et au point de vue objectif clinique et au point de vue anatomo-pathologique. J'ai donc cherché si ces variétés atypiques, non décrites encore, devaient, comme la forme classique, être considérées comme des tuberculoses atténuées du tégument.

Dans une *première variété*, les tubercules lupeux se présentent sous un aspect un peu vitreux, demi-opaque. Ils renferment parfois de petits kystes provenant de la dégénérescence colloïde d'une partie des éléments du lupome. Lorsqu'on pratique des coupes dans ces nodules lupeux, on constate qu'ils sont constitués par des blocs colorés en jaune-orange par le picro-carmin, d'apparence vitreuse, et présentant les caractères de la dégénérescence colloïde. Ces blocs ne sont autre chose que les parties centrales des follicules lupeux. Ils tranchent par leur aspect jaune vitreux sur les amas de cellules embryonnaires qui les entourent. Ils renferment le plus souvent une ou plusieurs cellules géantes très peu apparentes, dans lesquelles ou au voisinage desquelles on peut parfois, mais après de longues recherches portant sur un grand nombre de coupes histologiques, rencontrer de rares bacilles tuberculeux. Ces nodules lupeux sont presque totalement dépourvus de vaisseaux sanguins.

Les nombreuses inoculations expérimentales que j'ai faites (d'après la technique que j'ai indiquée dans mon travail de 1884) avec les

(1) Note présentée par M. le professeur Bouchard à l'Académie des sciences.

parcelles de ces nodules lupeux, mes recherches bactériologiques m'ont démontré que cette variété de lupus n'était autre chose qu'une variété atténuée de la tuberculose tégumentaire. Cette variété est au lupus vulgaire classique ce que la tuberculose colloïde du poumon, décrite par Grancher, est à la tuberculose vulgaire de cet organe. Il s'agit ici d'une variété particulière de lupus, à laquelle on pourrait donner le nom de *lupus vulgaire, variété colloïde.*

Dans une *deuxième variété*, le lupus se présente sous forme de tubercules transparents, mollasses, d'apparence un peu gélatiniforme. Ces tubercules sont en général parcourus par des vaisseaux sanguins ténus, faciles à voir et faciles à isoler, qui constituent à leur surface de fines arborisations vasculaires. Il existe parfois à la surface de ces tubercules lupeux de petits points transparents qui ne sont autre chose que de petits kystes renfermant une substance muqueuse, comme l'a montré l'examen histologique. Ces tubercules lupeux s'ulcèrent très difficilement et très rarement.

Dans cette variété, l'infiltrat lupeux est plutôt diffus. Les cellules embryonnaires qui le constituent sont disséminées irrégulièrement et d'une façon relativement peu dense dans le derme. Le tissu conjonctif dermique a perdu son apparence fasciculée et présente plutôt l'aspect d'une substance demi-molle, un peu grenue, d'apparence gélatiniforme. Les fibres élastiques ont presque totalement disparu. Ce n'est qu'avec peine que l'on retrouve en certains endroits des vestiges du tissu conjonctif dermique.

En ces points, l'on peut observer souvent une dégénérescence muqueuse des cellules plates du tissu conjonctif. Sur les coupes colorées au picro-carmin, les cellules embryonnaires qui constituent l'infiltrat lupeux diffus tranchent par leur coloration rouge sur le tissu dermique altéré et coloré en jaune. Quelques unes de ces cellules embryonnaires ont elles-mêmes subi la dégénérescence muqueuse. Elles ont de la tendance à se grouper autour des vaisseaux sanguins dilatés qui abondent dans ce tissu lupeux. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles forment de gros amas, de gros nodules constituant le follicule lupeux caractéristique.

Dans ces très rares follicules lupeux, il est encore plus exceptionnel de rencontrer des cellules géantes. Il faut un grand nombre de coupes pour en trouver une ou deux. La recherche des bacilles est des plus difficiles. Le plus souvent, on n'en trouve pas. Il m'a fallu plusieurs fois pratiquer jusqu'à soixante coupes en série avant d'en trouver un ou deux. Ces bacilles se trouvent toujours dans les cellules géantes ou dans leur voisinage.

Contrairement à la variété précédente, ces tubercules lupeux sont parcourus par de nombreux vaisseaux sanguins, souvent dilatés. Il

existe parfois aussi des hémorrhagies interstitielles qui se mélangent dans certains cas à la matière muqueuse des pseudo-kystes. Ceux-ci ne sont pas tapissés par un épithélium. Des lambeaux fibrineux sont quelquefois accolés à leurs parois.

Les inoculations expérimentales que j'ai faites avec des parcelles de ces nodules lupeux, mes recherches histologiques m'ont démontré que cette forme atypique de lupus vulgaire n'était autre chose qu'une variété atténuée de la tuberculose tégumentaire.

C'est une *variété mucoïde* ou mieux *myxomateuse du lupus vulgaire*.

Dans une *troisième variété*, le lupus se présente sous une forme particulière que j'ai décrite, en collaboration avec E. Vidal, sous le nom de *lupus scléreux*. (Leloir et Vidal, *Comptes rendus de la Société de biologie*, novembre 1882.)

Depuis le travail que j'ai publié en 1882, en collaboration avec E. Vidal, sur cette variété de lupus, j'ai entrepris une série de recherches pour savoir si cette variété de lupus était d'essence tuberculeuse.

J'ai pu ainsi, en inoculant un grand nombre d'animaux, reproduire des tuberculoses expérimentales inoculables en série. La date d'apparition de ces tuberbuloses expérimentales est encore plus tardive chez les animaux inoculés avec le lupus scléreux que chez ceux qui sont inoculés avec le lupus vulgaire classique. D'autre part, de nombreux examens histologiques m'ont permis de m'assurer de l'existence de bacilles tuberculeux (très rares, il est vrai, et encore plus rares que dans le lupus vulgaire classique) dans les cellules géantes situées au milieu des follicules lupeux non encore sclérosés, ou au voisinage de celles-ci. Dans deux cas, il m'a été donner de trouver un bacille tuberculeux au milieu d'un follicule lupeux presque totament sclérosé.

Le lupus scléreux est donc aussi une variété atténuée de la tuberculose du tégument.

Il est bien, et au point de vue spécifique et au point de vue anatomique, au lupus vulgaire ce que la tuberculose fibreuse du poumon est à la tuberculose fibreuse de cet organe.

Donc les trois variétés atypiques précédentes du lupus vulgaire : *variété colloïde*, *variété mucoïde ou myxomateuse*, *variété scléreuse*, *ne sont autre chose*, *de même que le lupus vulgaire classique*, *que des formes atténuées de la tuberculose du tégument*. Je dis *atténuées*, parce que ces formes ne renferment de bacilles qu'en très petit nombre ; parce que l'infection de l'animal en expérience se fait beaucoup plus lentement que si l'on employait du tubercule vrai ; parce que parfois, à moins d'inoculer de très grosses parcelles de lupus, l'inoculation peut être négative.

Il importait de connaître l'existence et la valeur nosologique des variétés précédentes, car ces variétés atypiques peuvent induire en erreur l'anatomo-pathologiste et le clinicien.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

SUR L'AGARICINE. — *A. Radcliffe, Alex. B. Pope* (*Therapeutic Gazette, juin* 1888). — *Radcliffe* a prescrit les pilules suivantes chez une personne qui, à la suite d'une affection bacillaire, avait été atteinte de phthisie bacillaire et qui avait des sueurs nocturnes très intenses :

Agaricine	12 gr.
Poudre de Dover...........	1 gr.
Poudre de gomme arabique.	Q. s.

Pour 35 pilules ; une le soir en se couchant.

Les sueurs nocturnes cessèrent pendant l'usage de ces pilules et un ou deux jours après leur interruption. L'auteur n'observa pas d'autre effet que cette action antidiaphorétique.

Alex. Pope regarde ce médicament comme très utile ; dans un cas cependant où les doses normales furent dépassées, il y eut des troubles gastro-intestinaux et nerveux surtout du côté du cerveau et des organes des sens. Mais dans la plupart des cas l'agaricine a réussi là où échouaient l'atropine et la belladone. Ces derniers médicaments avaient dus être suspendus à cause de la sécheresse de la bouche et de l'excitation nerveuse. Dans la nuit l'auteur a donné la préférence à une solution d'agaricine dans l'acide sulfurique aromatisé, mêlée à du sirop ou à un élexir. L'agaricine arrête non seulement les sueurs nocturnes des phthisiques, mais toutes les sueurs en général. L. J.

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

Séance du 26 juillet. — *Président* M. CHAUVEAU.

Question à l'ordre du jour :

Des dangers auxquels expose l'usage de la viande et du lait des animaux tuberculeux. Moyen de les prévenir.

M. *Arloing* propose de voter les conclusions suivantes : 1° inscription de la tuberculose sur la liste des maladies désignées dans la loi du 21 juillet 1881 ; 2° prohibition absolue de la viande des animaux tuberculeux jusqu'à ce qu'on ait trouvé le moyen de la rendre inoffensive.

Dans une discussion intéressante auxquels prennent part MM. Baillet (de Bordeaux), Butel (de Meaux), Veyssière (de Rouen), Spillmann (de Nancy), Rossignol (de Melun), Guiraud (de Montauban), Moulé (de Paris), Villain (de Paris), Thierry (de Laroche-Auxerre) et Auveggio (de Versailles), le Congrès reconnaît les dangers que peut faire courir la consommation de la viande provenant des animaux tuberculeux. Mais ces dangers pour les uns avaient été exagérés, pour d'autres, au contraire, devaient faire ordonner la saisie totale des animaux soupçonnés de la tuberculose.

La saisie des organes, poumons, foie, rate, ganglions ne suffirait pas pour préserver la population; enfin la cuisson, surtout dans les parties centrales des morceaux de boucherie que l'on consomme saignants, serait insuffisante pour détruire les bacilles tuberculeux et par suite les dangers d'inoculation.

M. *Nocard*, par des expériences très concluantes, défend l'opinion contraire et pense qu'il est fort difficile de reproduire la tuberculose avec des jus de viande frais sur des animaux atteints de tuberculose généralisée.

Pour terminer la discussion, M. le président met aux voix la proposition de M. Butel qui établit le principe de la saisie.

Il y a lieu de poursuivre, par tous les moyens, y compris l'indemnisation des intéressés, l'application générale des principes de la saisie et de la destruction totale, pour toutes les viandes provenant d'animaux tuberculeux, quelle que soit la parité des lésions spécifiques trouvées sur ces animaux.

Cette proposition est votée par la grande majorité du congrès. Trois mains, celles de MM. Nocard (Paris), Laurent (Bar-le-Duc), et Corrado Massa (de Gênes) se lèvent à la contre-épreuve.

M. *Degive* (de Bruxelles), persuadé qu'il peut y avoir transmission de la tuberculose par le vaccin soutient qu'il serait prudent avant de livrer du vaccin à la consommation, de toujours faire l'autopsie des animaux qui ont fourni le vaccin.

Plusieurs orateurs, et en particulier M. Chauveau, appuient cette mesure.

Communications diverses. — M. *Chambrelent* (de Bordeaux) cite trois faits de *méningite tuberculeuse rapide survenue pendant la grossesse.*

M. *Solles* (de Bordeaux), dans des inoculations tuberculeuses, a constaté la présence d'un micro-organisme autre que le bacille de Koch, se reproduisant toujours avec des caractères analogues et produisant toujours les mêmes effets.

M. *Lannelongue* (de Paris). Les abcès hépatiques et périhépatiques de nature tuberculeuse auraient pendant longtemps été mal

-7776.6

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 91. SAMEDI 4 AOUT 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

échéance le premier. C'est ainsi seulement que dans ces temps de progrès rapides et de découvertes incessantes on peut arriver à terminer un ouvrage assez vite pour que les premiers volumes soient encore au courant lorsque paraissent les derniers.

Ce deuxième fascicule, comme le premier, donne des descriptions courtes, résumées et complètes. Sans surcharger de noms propres et de bibliographie encombrante les articles didactiques qu'il présente au lecteur, l'auteur va droit au but qu'il s'est proposé : instruire les élèves, et dans ce cas tout homme désireux de s'instruire devient un élève, être utile aux malades en enseignant seulement les méthodes et les procédés opératoires qui sont acceptés par la majorité des auteurs et dont l'expérience a montré l'efficacité. Cette question du traitement est une de celles que l'auteur étudie avec le plus de soin, et nous ne saurions trop recommander les chapitres ayant trait aux méthodes opératoires à employer contre le cancer de la langue, au traitement des tumeurs du cou, du goitre en particulier, enfin à la trachéotomie dont une longue et intéressante étude termine le premier volume.

Dans ces diverses chapitres, non seulement est exposée de façon magistrale la médecine opératoire, mais encore la thérapeutique chirurgicale, l'auteur indiquant les modifications à apporter suivant les lésions devant lesquelles on se trouve, les procédés qui doivent être préférablement à d'autres employés suivant les circonstances qui se présentent, puis, et c'est là un des points qui montrent l'esprit pratique, l'esprit clinique qui a dicté ce livre, il faut voir avec quel soin l'auteur prémunit l'opérateur contre tous les accidents opératoires qui peuvent se présenter, comment il pourra les éviter, comment il pourra y remédier.

Le plan qu'a suivi Kœnig dans plusieurs de ses chapitres nous a semblé dès l'abord assez difficile à expliquer. C'est ainsi que pour les tumeurs du cou il étudie d'abord chacune d'elles, puis fait un chapitre d'ensemble de diagnostic, et enfin termine par une étude thérapeutique sur toutes ces tumeurs, de sorte que l'on voit placer dans le paragraphe traitement, les procédés les plus dissemblables, depuis l'opération dirigée contre les kystes génitaux par exemple, jusqu'aux injections interstitielles de liqueur de Fowler dans les ganglions tuberculeux. Néanmoins, en lisant avec attention, il est possible de s'y reconnaître et chacun des procédés opératoires prend plus de relief étant ainsi exposé à part, en dehors en quelque sorte de la nature de la tumeur contre laquelle il est dirigé.

Les maladies du voile du palais et de la voûte palatine, les maladies des maxillaires supérieurs et inférieurs, du pharynx et de l'œsophage forment l'objet d'une étude étendue et importante.

35e Année. — Tome II. N° 31 Samedi 4 Août 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

PATHOLOGIE

Sur la nature des variétés atypiques du « lupus vulgaris » (1),

Par M. H. Leloir,
Professeur à la Faculté de médecine de Lille.

A côté de la forme classique du lupus vulgaire, j'ai constaté depuis plusieurs années que celui-ci pouvait se présenter, dans certains cas, sous des aspects un peu particuliers, atypiques, et au point de vue objectif clinique et au point de vue anatomo-pathologique. J'ai donc cherché si ces variétés atypiques, non décrites encore, devaient, comme la forme classique, être considérées comme des tuberculoses atténuées du tégument.

Dans une *première variété*, les tubercules lupeux se présentent sous un aspect un peu vitreux, demi-opaque. Ils renferment parfois de petits kystes provenant de la dégénérescence colloïde d'une partie des éléments du lupome. Lorsqu'on pratique des coupes dans ces nodules lupeux, on constate qu'ils sont constitués par des blocs colorés en jaune-orange par le picro-carmin, d'apparence vitreuse, et présentant les caractères de la dégénérescence colloïde. Ces blocs ne sont autre chose que les parties centrales des follicules lupeux. Ils tranchent par leur aspect jaune vitreux sur les amas de cellules embryonnaires qui les entourent. Ils renferment le plus souvent une ou plusieurs cellules géantes très peu apparentes, dans lesquelles ou au voisinage desquelles on peut parfois, mais après de longues recherches portant sur un grand nombre de coupes histologiques, rencontrer de rares bacilles tuberculeux. Ces nodules lupeux sont presque totalement dépourvus de vaisseaux sanguins.

Les nombreuses inoculations expérimentales que j'ai faites (d'après la technique que j'ai indiquée dans mon travail de 1884) avec les

(1) Note présentée par M. le professeur Bouchard à l'Académie des sciences.

droits, et il doit se dire que les plaisirs de notre capitale ne sont pas sans danger, puisque les médecins spéciaux s'affichent jusque dans les urinoirs.

Mais ce ne sont là que les moindres inconvénients de ces exhibitions thérapeutiques. Si encore les médecins qui ne craignent pas de se faire une réclame nauséabonde, même au milieu des vapeurs ammoniacales, étaient des hommes sérieux, mus par le désir d'être utiles à leurs semblables, et de déraciner dans la population parisienne les maladies vénériennes qui l'éprouvent, on pourrait leur permettre à la rigueur cette triste publicité.

Mais, hélas! il n'en est rien. — La plupart de ces médecins d'urinoir, pour ne pas dire tous, sont des ratés de la médecine, qui exploitent tout bonnement la crédulité publique en empruntant des titres qui ne leur appartiennent pas.

Ils sont toujours *anciens internes des hôpitaux* quand ils ne sont pas *six fois diplômés par les Facultés de France*, ou même *professeurs* (1). D'où vient que les médecins sérieux ne revendiquent pas leurs droits et ne peuvent pas poursuivre tous ces chevaliers d'industrie pour usurpation de titre. Il faut, à Paris, beaucoup de mérite et de labeur pour conquérir le titre d'*interne*, et il est bien triste de voir ce titre distingué traîné dans la boue, pour ne pas dire autre chose. — Ces professeurs rastaquouères, en s'attribuant des fonctions qu'ils n'ont pas eues, portent un préjudice incontestable aux honorables membres du corps de l'internat des hôpitaux.

Si les médecins ne veulent pas se charger de cette opération malpropre, il nous semble que la préfecture de police devrait faire cette besogne. Il n'est pas besoin d'une longue enquête pour établir que l'affichage dans les urinoirs est immoral et ne sert qu'à exploiter la crédulité publique. La brigade des agents des mœurs n'a pas besoin d'entrer en mouvement. Qu'on fasse seulement surveiller les cabinets médicaux qui recrutent leur clientèle par ces procédés que tout le monde réprouve.

L'homme qui ne rougit pas de devoir sa notoriété à ces affiches ne peut être un honnête médecin.

Nous nous sommes laissé conter par un de nos amis qu'un de ces chevaliers d'industrie, nous devrions dire d'urinoir, était, il y a quelques mois, sous les verrous. Il était condamné à la prison pour vente illégale de médicaments.

Mais il paraît que le métier a du bon. Car lorsqu'il se présenta au

(1) Il en est un qui se fait appeler F... d'A..., et qui à tous ces titres joint celui de *licencié en droit*. En quoi diable l'étude des lois peut-elle servir à ce personnage pour guérir la vérole?

greffe de la prison, il était vêtu avec la dernière élégance : pince-nez à chaînette d'or, etc., et il était accompagné par une dame aux cheveux jaunes, couverte de brillants.

Cette dame, fort fidèle, du reste, peut-être une des rares clientes satisfaites de ses soins, venait visiter notre prisonnier très exactement.

Elle arrivait en équipage somptueux. Les initiales du médecin sur les harnais, le cocher en culotte de peau; attelage absolument correct, comme en ont les demi-mondaines.

N'est-il pas honteux de voir d'aussi tristes personnages vivre dans un lieu pareil ? Ils spéculent sur la terreur qu'inspirent les maladies vénériennes, ils répugnent à tout le monde, mais ils finissent, à force d'audace et de malpropreté, par attirer les cerveaux faibles qui croient ainsi trouver la guérison.

En somme, ce sont des escrocs, ils extorquent l'argent dans l'espoir d'une guérison souvent chimérique.

Le brave médecin de quartier qui donne ses soins pour deux ou trois francs par visite, ou même gratuitement, qui monte des étages toute la journée, n'a pas d'équipage; il n'a pas de femme aux cheveux jaunis, et il se dit avec tous les honnêtes gens qu'il faut mettre un terme à ce commerce, ou plutôt à ces escroqueries que la préfecture de police ne devrait pas tolérer. (*Courrier médical.*)

NOUVELLES

CONCOURS. — Par arrêtés du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, des concours s'ouvriront :

1° Le 21 février 1889, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen;

2° Le 25 février 1889, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à la même Ecole.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits cours.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Danton est chargé, de peindre pour la salle des actes de la Faculté de médecine, un grand tableau représentant l'inauguration du monument par le président de la République.

A cet effet, il fait des études d'après nature pour les portraits des personnages officiels qui ont assisté à la fête.

Le ministre des beaux-arts a fait don à la Faculté de médecine de la *Consultation*, une des dernières œuvres du jeune peintre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BEYROUTH. — M. le Dr Hache vient d'être

nommé, par le gouvernement français, professeur de pathologie et de clinique externe à la Faculté de médecine de Beyrouth.

ECOLE DENTAIRE. — L'Ecole et l'hôpital dentaires de Paris viennent d'être transférés 4, rue Turgot et 57, rue Rochechouart (Hôtel dentaire). Cliniques et consultations gratuites tous les matins à 8 heures.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du 22 au 28 juillet* 1888. — Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 4. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, Croup, 22. — Phthisie pulmonaire, 171. — Autres tuberculoses, 20. — Tumeurs cancéreuses et autres, 45.

Méningite, 40. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 44. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 0. — Maladies organiques du cœur, 36.

Bronchite aiguë et chronique, 28. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 34. Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 73.

Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 3.

Débilité congénitale, 28. — Sénilité, 9. — Suicides et autres morts violentes, 25. — Autres causes de mort, 142. — Causes inconnues, 10.

Nombre absolu de la semaine : 824. — Résultat de la semaine précédente : 859.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

LECROSNIER et BABÉ, libraires-éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-médecine.

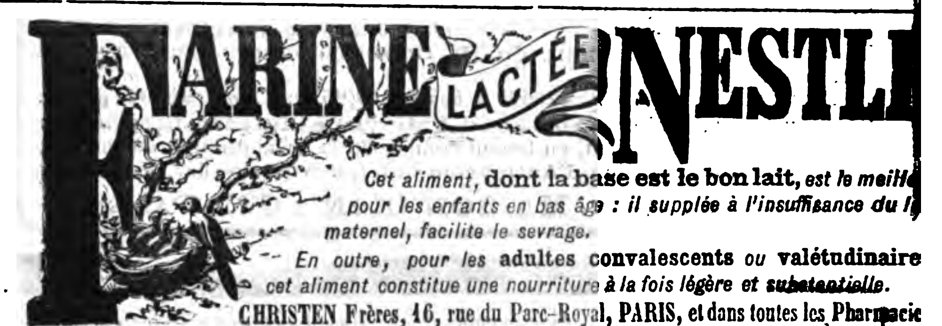
Manuel d'hygiène militaire, suivi d'un précis des premiers secours à donner en attendant l'arrivée du médecin, par le docteur C. VIRY, médecin-major de 1re classe. 2e édition revue et augmentée avec 68 figures intercalées dans le texte. 1 vol. in-18, 4 fr. 50.

Traité de pathologie chirurgicale spéciale, par le professeur F. KŒNIG, traduit de l'allemand d'après la 4e édition par J. R. Comte, chirurgien de l'hôpital de Genève, ouvrage précédé d'une introduction par le docteur Terrillon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. Tome premier, 2e fasc., 1 vol. in-8° avec 34 figures intercalées dans le texte, 7 fr. — Prix du tome premier complet, 1 vol. in-8° avec 113 figures intercalées dans le texte, 14 fr.

Leçons de clinique chirurgicale, par le professeur A. DUBREUIL. T. II, fasc. 3, in-8°, 1 fr. 50.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.


FARINE LACTÉE NESTL[É]
Cet aliment, dont la base est le bon lait, est le meill[eur]
pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du [lait]
maternel, facilite le sevrage.
En outre, pour les adultes convalescents ou valétudinaire[s]
cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.
CHRISTEN Frères, 16, rue du Parc-Royal, PARIS, et dans toutes les Pharmacie[s]

Trente-cinquième année. — Tome II. N° 92. Mardi 7 Aout 1888.

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

1116.6

Trente-cinquième année. — Tome II. N° 92. Mardi 7 Aout 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dʳ BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome II. N° 92 Mardi 7 Août 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

De l'ésérine dans les ulcères de la cornée (1).

Par le Dr Herbert HARLAN,
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié, à Baltimore.

J'ai eu beaucoup à me louer de l'emploi de l'ésérine dans les ulcérations de la cornée ; comme très peu de pharmaciens, même dans une grande ville comme Baltimore, ont ce médicament en magasin, je me suis aperçu que les médecins négligeaient un agent de valeur et qu'il n'était pas inutile de rappeler l'attention sur lui.

L'ésérine est un alcaloïde obtenu pour la première fois en 1865 par Vée et Levan qui l'ont extrait de la fève du Calabar (Physostigma venenosum). On peut l'avoir sous la forme de l'alcaloïde lui-même, du sulfate ou du salicylate. L'effet physiologique le plus connu est la contraction prononcée de la pupille qui suit l'instillation dans l'œil, même lorsque l'ésérine est en solution très étendue. C'est en 1875 que le professeur Laqueur, de Strasbourg, a montré pour la première fois l'action antiglaucomateuse de l'ésérine et son incontestable valeur dans cette grave maladie.

Le fait que l'ésérine diminue la tension intra-oculaire a été démontré par de nombreux observateurs. Dans l'ulcération de la cornée, le symptôme le plus gênant est la photophobie et le danger le plus à craindre est la perforation de la cornée par suite de la pression intra-oculaire. Or, l'ésérine fait contracter la pupille et par suite s'oppose à la pénétration d'une partie de la lumière ; elle diminue la pression intra-oculaire et par suite le danger de la perforation; elle maintient l'œil dans les meilleures conditions pour favoriser la réparation de la membrane et le malade est pendant ce temps dans un aussi bon état que possible. L'ésérine est donc, théori-

(1) Nous résumons d'après le *Medical Record* de New-York, 23 juin 1888, un article dans lequel il y a peu de nouveau mais qui a le mérite de rappeler l'attention sur une pratique trop souvent négligée.

A. CHEVALLEREAU.

quement, un excellent agent dans l'ulcération de la cornée, et les cas rapportés ci-dessous montrent que la théorie est en effet conforme à la réalité.

Il y a une variété d'ulcération de la cornée pour laquelle ce médicament convient particulièrement, c'est celle qui est produite par la blessure d'un fragment d'écaille d'huître, forme décrite pour la première fois par le Dr W. J. Mac Dowell en 1879 sous le nom de kératite par écaille d'huître.

Mon expérience, qui s'étend sur plus de sept années, diffère toutefois en quelques points de celle de Mac Dowell. D'abord il insiste sur la localisation de la lésion au centre de la cornée, il parle d'une opacité en forme de perle, causée par l'exsudation interstitielle et siégeant toujours vers le centre de la cornée. Il la considère comme due à un élément spécifique et toxique contenu dans la vase et dans la boue qui recouvre l'écaille d'huître, et qui pénétrant dans l'œil provoque l'opacité, car, dit-il, l'examen le plus minutieux ne peut faire découvrir aucune trace de traumatisme. Mes observations montrent que les taches peuvent se manifester en un point quelconque de la cornée; souvent on constate nettement le traumatisme et plusieurs fois j'ai pu enlever de petits fragments d'écailles.

Dans la plupart des cas, il est vrai, il n'y a aucune solution de continuité sur la surface de la cornée. Pendant les premiers jours on constate purement une tache blanche parfaitement circulaire, accompagnée de photophobie et de cyclite. Quelques cas se terminent favorablement par un traitement simple et sans aucune complication. Mais le plus souvent il n'en est pas ainsi, et au bout de quelques jours l'opacité est très blanche, et ressemble à un large corps étranger. Si on fait quelque tentative pour l'enlever comme un corps étranger, on s'aperçoit qu'il y a une eschare de la couche externe du tissu cornéen, libre sur les bords et adhérente seulement par la face profonde. Au bout d'un ou deux jours, cette eschare tombe, laissant une ulcération à bords nettement tranchés et offrant l'étendue d'une tête de grosse épingle. Jusqu'à ce que j'aie commencé à me servir d'ésérine, je trouvais souvent ces ulcérations très rebelles, provoquant généralement plusieurs semaines de souffrances.

Je prends dans mon registre dix-huit observations. Ces observations ont toutes été recueillies à l'hôpital presbytérien de la Charité pour les yeux, les oreilles et la gorge; un certain nombre des malades n'ont été vus qu'une fois. Ces derniers sont mentionnés uniquement pour montrer que les ulcérations par écaille d'huître peuvent siéger sur un point quelconque de la cornée; ils contribuent aussi pour une petite part à montrer les effets du traitement par l'ésérine; en effet, ceux qui ont l'habitude des cliniques savent que générale-

ment les malades cessent de venir lorsqu'ils ne souffrent plus et lorsqu'ils peuvent reprendre leurs occupations. Il y a certainement des exceptions à cette règle, mais en général lorsque nous perdons de vue un de ces malades après une ou deux visites, c'est parce qu'il ne trouve pas nécessaire de continuer plus longtemps le traitement.

(Nous ne donnerons pas ici, même en les résumant les dix-huit observations de l'auteur et nous passons d'emblée à ses conclusions.)

Pour nous résumer brièvement sur ces dix-huit cas, dix ont été sûrement et positivement améliorés, car il sont restés en observation pendant plusieurs jours. Sept n'ont été vus qu'une fois, et de ce fait même résulte la présomption qu'ils n'ont pas jugé nécessaire de continuer le traitement plus longtemps.

Dans un cas seulement il me paraît n'y avoir eu aucune amélioration. Le malade est resté en observation pendant dix-sept jours et pendant ce temps divers traitements ont été employés, tous sans grand avantage. A sa dernière visite il était décidé à reprendre l'usage de l'ésérine. Ce n'était pas un cas de kératite par écaille d'huître.

Dans l'emploi de l'ésérine, il faut observer deux précautions : d'abord ne pas employer de solutions trop fortes ; chez certains malades un collyre qui dépasse 5 centigrammes pour 30 grammes produit des douleurs assez vives ; en second lieu il faut être absolument certain que l'œil que l'on soigne n'est pas atteint d'iritis (1).

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Traitement de la gastralgie. (*Jas. Swyer. Deutsche med. Zeitung*, 1888, n° 51). — Dans les névralgies simples de l'estomac, comme celles qu'on observe dans l'anémie, les excès corporels ou sexuels, Swyer recommande l'acide arsénieux comme un médicament qui lui a donné des succès.

Il faut naturellement supprimer d'abord la cause présumée. On donne l'acide arsénieux sous forme de pilules contenant 0,003 et 0,1 d'extrait de gentiame, trois fois par jour pendant le repas ; le médicament doit être continué sans interruption pendant quelques semaines. Dans un cas de moyenne intensité les douleurs cessèrent peu à peu sans autre traitement.

Dans les cas plus intenses on peut employer les révulsifs à l'épi-

(1) Ce dernier conseil surtout est excellent ; il doit restreindre dans bien des cas l'emploi de l'ésérine qui, loin d'être utile, pourrait amener de regrettables complications. A. Ch.

gastre, surtout les applications ammoniacales rubéfiantes. Il est très rare que l'application d'un vésicatoire soit indispensable. Il est bon dans tous les cas de faire suivre au malade un régime réparateur, une alimentation substantielle et abondante.

Dans les cas où par hasard la gastralgie est associée à un faible catarrhe de l'estomac, l'auteur prescrit pendant un certain temps le menu suivant : déjeuner, bain beurré ou biscotte grillée avec un peu de viande blanche, de la volaille ou du rôti avec du pain, des pommes de terre, des légumes verts, un plat féculent et un verre de bière ; le soir, à cinq heures : pain beurré et une petite tasse de cacao, de thé ou de lait ; repas du soir, jamais passé neuf heures, poisson ou volaille froide avec du pain et un verre de bière.

TRAITEMENT DE L'AMYGDALITE PAR LE SALICYLATE DE SOUDE. (*Therapeutic Gazette*, 1888, n° 6.) Le salicylate de soude a été employé dans plusieurs cas d'amygdalite aiguë par M. A. Hillaby qui lui reconnaît les avantages suivants : abaissement de la température, résolution plus rapide de l'inflammation de la gorge, abcès de l'amygdale évité. Il commence le traitement par la prescription d'un purgatif, d'une composition de séné ; le malade est mis à la diète lactée et prend dans la journée la potion suivante :

Salicylate de soude...	0,60 à 1 gr.
Teinture d'écorce d'orange.....	10 gouttes.
Eau........................ .	30 gr.

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

Séance du samedi 28 *juillet* 1888.

LA CIRRHOSE TUBERCULEUSE. — M. *Hanot*. Il existe des faits où la transformation fibreuse du foie, lui donnant l'aspect du foie ficelé, peut être amenée par la présence dans le foie du bacille tuberculeux. Il semblerait que le bacille joue dans ce cas le rôle d'irritant et directement donne lieu à des inflammations interstitielles en dehors des tubercules, comme pour la syphilis en dehors des gommes.

M. *Leloir* revient sur les communications qu'il a déjà faites à l'Académie des sciences à propos du LUPUS VULGARIS et distingue trois variétés atypiques, variété colloïde, mucoïde ou myxomateuse, scléreuse qui ne sont autres que des formes atténuées de la tuberculose du tégument.

M. *Valude* a essayé de produire artificiellement la TUBERCULOSE si fréquente DU SAC LACRYMAL. Jamais l'inoculation n'a réussi au niveau de la muqueuse proprement dite, trois fois seulement se produisit un nodule tuberculeux dans le tissu cellulaire circonvoisin.

Les glandes salivaires sont parfaitement inoculables et les inoculations sont positives dans la grande majorité des cas.

M. *Legroux* montre dans une longue communication soigneusement étudiée que la micropolyadénopathie est un accident des plus fréquents chez l'enfant et doit faire craindre pour l'avenir.

M. *Daremberg* vient confirmer l'opinion de M. Legroux.

M. *Vargas* cite une observation où les symptômes de la tuberculose pulmonaire étaient produits chez une jeune fille de 18 ans par des concrétions ressemblant à de la magnésie et qui furent rendues par expectoration. Dès ce moment la guérison fut définitive.

M. *Hallopeau* présente le moulage et l'observation d'un malade atteint d'une forme particulière de lupus caractérisée par la présence simultanée de gommes et de nodules lupiques suppurés.

M. *Calmette*. Le traitement qui m'a paru le mieux réussir contre la tuberculose a été le phosphore associé à l'eau de mer.

Séance du lundi 30 *juillet* (matin).

3e question. — VOIES D'INTRODUCTION ET DE PROPAGATION DU VIRUS TUBERCULEUX DANS L'ÉCONOMIE. MESURES PROPHYLACTIQUES.

MM. *Tscherning* (de Copenhague), *Torkomian*, *Verneuil*, *Chauveau* citent des faits personnels de tubercule anatomique apparu après piqûre du doigt à l'autopsie d'un tuberculeux, mais il semble bien démontré que la généralisation est rare après cette inoculation.

M. *Boussakis*. L'usage commun de certains ustensiles de cuisine semble, dans certains villages, maintenir la tuberculose à l'état endémique.

M. *Ricochon*. Certaines familles qui possèdent un tuberculeux ont presque toujours présenté une série de tares qu'il est souvent possible de retrouver.

L'hypominéralisation des tissus serait le principal vice chimique qui, dans les familles des tuberculeux, favoriserait à la fois le développement du bacille de Koch et les états pathologiques qu'on peut retrouver dans leurs familles.

MM. Arloing, Galtier, Bang, Malvoz démontrent, par une série d'expériences, qu'il est très difficile d'admettre le passage possible des bacilles tuberculeux à travers le placenta d'où par suite l'hérédité réelle de la tuberculose.

M. *Solles*, par contre, rapporte l'observation d'une famille de cobayes avec hérédité.

M. *Cagny* cite le fait de poules ayant amené la tuberculose d'une dame qui mourut phthisique. Elles s'étaient nourries de crachats provenant du fils de cette dame, tuberculeux avancé.

M. *Ferrand* pense que, dans certaines familles de tuberculeux,

des tuberculoses cutanées, mais souvent aussi sont causés par l'introduction sous la peau de divers organismes infectieux.

M. *Guinard.* Les douleurs des moignons chez les amputés bien connues comme dues à la présence de névromes tunicaux peuvent être amenées par des lésions à distance telles que l'adénite iliaque consécutive à l'inoculation tuberculeuse.

M. *Vargas.* En Espagne on tend de plus en plus à poursuivre chirurgicalement les diverses tuberculoses locales que l'on peut atteindre.

M. *Barette* lit une étude intéressante comparative entre les diverses méthodes employées contre les abcès tuberculeux, et en particulier entre l'injection d'éther iodoformé et les opérations sanglantes.

Séance du mardi 31 *juillet* (matin).

4° question. — DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE CHEZ L'HOMME. — M. *Espina y Capo.* Dans le diagnostic précoce de la tuberculose les mensurations du thorax jouent un rôle important. Quand l'espace intermamelonnaire ne dépasse pas 17 à 18 centimètres il faut craindre la tuberculose pulmonaire.

M. *Arloing.* La scrofule et la tuberculose présentent des différences au point de vue du résultat de l'inoculation expérimentale. Il y a des adénites cervicales très infectantes et d'autres qui le sont très peu, et cependant les caractères extérieurs de ces lésions ne sont pas différents.

Pour les scrofulides cutanées et les ulcères tuberculeux de la peau même chez les phthisiques, les cobayes inoculés avec les produits qui en provenaient devinrent tuberculeux, les lapins restèrent indemnes ; il semble que le bacille tuberculeux soit moins infectieux dans le derme que dans les viscères.

M. *Nocard.* La scrofule et la tuberculose ne sont pas deux affections différentes. Il s'agit d'un même micro-organisme, atténué dans un cas, virulent dans l'autre.

M. *Verneuil.* Le diagnostic chirurgical est indispensable au point de vue thérapeutique. Deux procédés doivent être mis en usage pour le vérifier, la recherche du bacille et l'inoculation. Le premier procédé n'est pas toujours possible. Le second est toujours réalisable. Dès le douzième jour, lorsqu'on fait des inoculations sur le cobaye, on peut voir apparaître les lésions caractéristiques, en particulier lorsque l'on fait l'inoculation intra-péritonéale chez les cobayes.

M. *Clado* donne les procédés de laboratoire pour faire cette inoculation.

M. *Landouzy.* Certains individus sont de véritables *candidats à la tuberculose* et leur habitus extérieur peut dans bien des cas les faire reconnaître. Quand à l'opportunité tuberculeuse acquise, un

fait m'a frappé, c'est que tout individu qui a été variolisé devient un candidat à la tuberculose.

M. *Cagny* croit que le *diagnostic de la tuberculose chez les animaux* est plus facile que ne l'ont semblé dire les vétérinaires.

M. *Grisamanche* partage la même opinion.

M. *Nocard* combat de toute son autorité et avec des faits à l'appui cette manière de voir.

Séance du 31 *juillet* (mardi soir).

Cette séance semble consacrée à la proposition des différents médicaments propres à guérir la tuberculose.

M. *Luton* propose les *sels de cuivre*, M. *Legroux* les *pulvérisations d'huile créosotée*, MM. *Jorrissenne* et *Chauvin* l'*iodoforme contre* les *hémoptysies*, MM. *Frémy* et *Daremberg* l'*aération* et le *repos*, M. *Brémont* les *bains térébenthinés*, M. *Raimondi* les *inhalations* d'*acide fluorhydrique*, M. *Sandras* les *vernis balsamiques*, M. *Roussel* les *injections sous-cutanées d'eucalyptol* et d'*arséniate de strychnine*.

M. le président met aux voix les propositions suivantes qui sont adoptées à une grande majorité :

1° Il y a lieu de placer dans les attributions des conseils d'hygiène toutes les questions relatives aux maladies contagieuses des animaux domestiques y compris celles qui ne semblent pas, quant à présent, transmissibles à l'homme. A la vaccine, la morve, la rage, le charbon la tuberculose, pourraient en effet s'ajouter plus tard d'autres maladies infectieuses communes exigeant une protection également commune.

2° Il y a lieu de poursuivre par tous les moyens possibles, y compris l'indemnisation des intéressés, l'application générale du principe de la saisie et de la destruction totale pour toutes les viandes provenant d'animaux tuberculeux, quelle que soit la gravité des lésions spécifiques trouvées sur ces animaux.

3° Il y a lieu de rédiger des instructions simples qu'on répandrait à profusion dans les villes et les campagnes, et dans lesquelles on indiquerait les moyens à employer pour se mettre à l'abri des dangers d'infection tuberculeuse par l'alimentation, particulièrement avec le lait, et pour détruire les germes virulents contenus dans les crachoirs des tuberculeux.

4° Il y a lieu de soumettre à une surveillance spéciale les vacheries destinées à la production industrielle du lait, pour s'assurer que les vaches ne sont pas atteintes de maladies contagieuses susceptibles de se communiquer à l'homme.

La prochaine réunion du Congrès est fixée à deux ans. La séance est levée et la session est close. F. V.

BIBLIOGRAPHIE

Etude clinique sur le massage appliqué au traitement des fractures juxta-articulaires, par le Dr *Raffin*. (J.-B. Baillière édit., Paris, 1888.)

Le massage tend de plus en plus à rentrer dans la pratique chirurgicale. Les empiriques qui le pratiquent voudraient de jour en jour faire croire que seuls ils possèdent les arcanes qui permettent de mener à bien cette délicate opération qui consiste à pétrir, c'est-à-dire « à pressurer, à comprimer, à écraser les tissus sur lesquels on veut agir » (Petit), à effleurer, à frictionner, « à tapoter », etc., les membres, et c'est avec plaisir que nous voyons les chirurgiens obtenir eux-mêmespar le massage la guérison de leurs malades. M. Raffin, dans un travail consciencieux, démontre que le massage appliqué au traitement des fractures juxta et intra-articulaires ne mérite pas l'oubli dans lequel on l'avait laissé et le mépris qu'on lui avait témoigné en le laissant l'apanage des rebouteurs et des sorciers.

Le massage favorise la résorption du sang épanché, et par cela même doit hâter le travail de consolidation. Il facilite la récupération des fonctions du membre, empêche l'organisation des produits plastiques et prévient l'atrophie musculaire. Nous ne saurions trop féliciter M. Raffin d'avoir bien mis en lumière ces différents points, d'autant plus que nous-même avons consacré à leur défense deux revues dans la *Gazette des hôpitaux*, déc. 1887 et janvier 1888, et un article dans l'*Union médicale* à peu près vers la même époque.

On avait reproché au massage de gêner la consolidation des fractures, d'entraîner de la déformation ; mais les observations permettent de répondre au premier reproche ; quant au second on peut dire qu'il sera toujours possible de recourir à des appareils plus contentifs (bandage plâtré) si la déformation menaçait de se reproduire.

La douleur produite pendant le massage doit être attribuée à l'opérateur et non à la méthode ; en agissant avec douceur et modération, elle pourra presque dans tous les cas être appliquée. Seulement une effraction de la peau constitue une contre-indication formelle.

Les conclusions de M. Raffin sont des plus légitimes et son travail aura rendu grand service aux malades en apprenant à leurs médecins le traitement qu'ils doivent leur appliquer.

Dr F. Verchère.

La circonvolution de Broca. Etude de morphologie cérébrale par *G. Hervé*. (Lecrosnier et Babé, édit. Paris, 1888).

L'école d'anthropologie a conservé pieusement le souvenir de son

créateur, aussi avons-nous été peu surpris de voir le soin, l'attention avec lesquels un des maîtres les plus distingués de cette école a étudié et décrit le titre de gloire de Broca, sa circonvolution. Se bornant exclusivement à l'étude morphologique de cette région si importante du cerveau dont la découverte a éclairé d'un jour si éclatant la physiologie cérébrale, M. Hervé s'est montré anatomiste sagace et anthropologiste savant. Nous ne saurions mieux faire pour résumer son intéressant travail que d'en présenter les conclusions qu'il a lui-même tirées de son étude, en les abrégeant, ce dont nous nous consolons en pensant que nos lecteurs liront, nous en sommes persuadé, tout l'ouvrage de M. Hervé avec autant de plaisir et d'intérêt que nous en avons trouvé nous-même.

La circonvolution de Broca se prolonge sur le lobule orbitaire, où elle se termine en formant le *pôle frontal* situé à l'extrémité postérieure du sillon olfactif.

Le type cérébral des primates est un type à deux étages frontaux et la circonvolution de Broca n'apparaît qu'à partir des anthropoïdes, se formant par dédoublement du second étage frontal primitif. Elle constitue chez les anthropoïdes et l'homme une quatrième frontale, la deuxième frontale comprenant en réalité deux circonvolutions.

Le développement de la circonvolution de Broca chez le fœtus en reproduit le développement dans la série; celle du côté *droit* est presque toujours plus précoce.

Chez les microcéphales le centre de la mémoire motrice des mots est ou absent (1er type), ou rudimentaire comme chez les anthropoïdes (2e type), ou constitué, à la complication près, comme chez l'individu normal (3e type). Presque toujours chez les idiots, les imbéciles, les sourds-muets, souvent dans les races inférieures, le centre en question est plus ou moins atrophié, rudimentaire ou atrophié dans son développement.

Chez les intellectuels, la complexité morphologique du centre de Broca est, d'une façon générale, corrélative à la puissance de la fonction.

Dr F. VERCHÈRE.

NÉCROLOGIE

Le Dr POUGET (L.-C.), de Brioude, reçu en 1863.

Le Dr MUSTON (Etienne), de Montbéliard, décédé le 29 juillet à l'âge de 70 ans.

Le Dr VOYET, reçu en 1837, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Chartres, chevalier de la Légion d'honneur.

Le Dr V. Allaire, médecin principal de première classe de l'armée, en retraite, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire Saint-Martin, conseiller d'arrondissement en Seine-et-Marne, décédé à l'âge de 66 ans.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 28 juillet 1888, M. le Dr Fournier, maire de Tours, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Hopitaux de Paris. — *Concours du prosectorat.* — Le jury du concours qui s'est ouvert lundi 6 août 1888, à l'amphithéâtre d'anatomie de Clamart, pour la nomination à une place de prosecteur des hôpitaux de Paris se compose de MM. Tillaux, Horteloup, Reclus, Terrillon, Monod, Lancereaux et Luys.

Concours pour les prix à décerner en 1888 *à MM. les élèves internes de quatrième année.* — *Concours de médecine* et *Concours de chirurgie et d'accouchements.* — L'ouverture de ces concours aura lieu le 3 décembre 1888, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre, inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

Faculté de médecine de Paris. — Jusqu'au 6 octobre 1888, inclusivement, le secrétariat sera ouvert tous les jours aux heures ordinaires, de midi à trois heures, et M. le secrétaire, en raison des vacances scolaires, reçevra le jeudi de deux heures à trois heures.

A l'occasion aussi des vacances scolaires, la bibliothèque de la Faculté sera fermée à partir du dimanche 5 août et jusqu'au 31 de ce mois. A dater du 1er septembre et jusqu'au 6 octobre inclusivement, elle sera ouverte trois fois par semaine, le mardi, le jeudi et le samedi, de midi à quatre heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine, *place de l'Ecole-de-Médecine.*

Maladies du larynx, laryngoscopie et technique thérapeutique locale à l'usage des praticiens et des étudiants, par le Dr J. Gottstein, privat docent à l'Université de Breslau, traduit de l'allemand et annoté par le Dr L. Rougier, médecin de la clinique des maladies du larynx du Dispensaire général de Lyon, membre de la Société française d'otologie et de laryngologie. 1 vol. in-8° de 370 pages, avec 38 figures dans le texte. Prix : 7 francs.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

des tuberculoses cutanées, mais souvent aussi sont causés par l'introduction sous la peau de divers organismes infectieux.

M. *Guinard*. Les douleurs des moignons chez les amputés bien connues comme dues à la présence de névromes tunicaux peuvent être amenées par des lésions à distance telles que l'adénite iliaque consécutive à l'inoculation tuberculeuse.

M. *Vargas*. En Espagne on tend de plus en plus à poursuivre chirurgicalement les diverses tuberculoses locales que l'on peut atteindre.

M. *Barette* lit une étude intéressante comparative entre les diverses méthodes employées contre les abcès tuberculeux, et en particulier entre l'injection d'éther iodoformé et les opérations sanglantes.

Séance du mardi 31 *juillet* (matin).

4° question. — DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE CHEZ L'HOMME. — M. *Espina y Capo*. Dans le diagnostic précoce de la tuberculose les mensurations du thorax jouent un rôle important. Quand l'espace intermamelonnaire ne dépasse pas 17 à 18 centimètres il faut craindre la tuberculose pulmonaire.

M. *Arloing*. La scrofule et la tuberculose présentent des différences au point de vue du résultat de l'inoculation expérimentale. Il y a des adénites cervicales très infectantes et d'autres qui le sont très peu, et cependant les caractères extérieurs de ces lésions ne sont pas différents.

Pour les scrofulides cutanées et les ulcères tuberculeux de la peau même chez les phthisiques, les cobayes inoculés avec les produits qui en provenaient devinrent tuberculeux, les lapins restèrent indemnes ; il semble que le bacille tuberculeux soit moins infectieux dans le derme que dans les viscères.

M. *Nocard*. La scrofule et la tuberculose ne sont pas deux affections différentes. Il s'agit d'un même micro-organisme, atténué dans un cas, virulent dans l'autre.

M. *Verneuil*. Le diagnostic chirurgical est indispensable au point de vue thérapeutique. Deux procédés doivent être mis en usage pour le vérifier, la recherche du bacille et l'inoculation. Le premier procédé n'est pas toujours possible. Le second est toujours réalisable. Dès le douzième jour, lorsqu'on fait des inoculations sur le cobaye, on peut voir apparaître les lésions caractéristiques, en particulier lorsque l'on fait l'inoculation intra-péritonéale chez les cobayes.

M. *Clado* donne les procédés de laboratoire pour faire cette inoculation.

M. *Landouzy*. Certains individus sont de véritables *candidats à la tuberculose* et leur habitus extérieur peut dans bien des cas les faire reconnaître. Quand à l'opportunité tuberculeuse acquise, un



...-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 93. JEUDI 9 AOUT 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
CROSNIER et BABÉ
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET, Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de médecine.
MICHEL PETER, Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.
DAMASCHINO, Professeur de pathologie médicale, Médecin des hôpitaux.
P. BERGER, Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.
E. BOTTENTUIT, Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.
F. LABADIE-LAGRAVE, Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

...r ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
...vrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

des tuberculoses cutanées, mais souvent aussi sont causés par l'introduction sous la peau de divers organismes infectieux.

M. *Guinard.* Les douleurs des moignons chez les amputés bien connues comme dues à la présence de névromes tunicaux peuvent être amenées par des lésions à distance telles que l'adénite iliaque consécutive à l'inoculation tuberculeuse.

M. *Vargas.* En Espagne on tend de plus en plus à poursuivre chirurgicalement les diverses tuberculoses locales que l'on peut atteindre.

M. *Barette* lit une étude intéressante comparative entre les diverses méthodes employées contre les abcès tuberculeux, et en particulier entre l'injection d'éther iodoformé et les opérations sanglantes.

Séance du mardi 31 *juillet* (matin).

4° question. — DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE CHEZ L'HOMME. — M. *Espina y Capo.* Dans le diagnostic précoce de la tuberculose les mensurations du thorax jouent un rôle important. Quand l'espace intermamelonnaire ne dépasse pas 17 à 18 centimètres il faut craindre la tuberculose pulmonaire.

M. *Arloing.* La scrofule et la tuberculose présentent des différences au point de vue du résultat de l'inoculation expérimentale. Il y a des adénites cervicales très infectantes et d'autres qui le sont très peu, et cependant les caractères extérieurs de ces lésions ne sont pas différents.

Pour les scrofulides cutanées et les ulcères tuberculeux de la peau même chez les phthisiques, les cobayes inoculés avec les produits qui en provenaient devinrent tuberculeux, les lapins restèrent indemnes ; il semble que le bacille tuberculeux soit moins infectieux dans le derme que dans les viscères.

M. *Nocard.* La scrofule et la tuberculose ne sont pas deux affections différentes. Il s'agit d'un même micro-organisme, atténué dans un cas, virulent dans l'autre.

M. *Verneuil.* Le diagnostic chirurgical est indispensable au point de vue thérapeutique. Deux procédés doivent être mis en usage pour le vérifier, la recherche du bacille et l'inoculation. Le premier procédé n'est pas toujours possible. Le second est toujours réalisable. Dès le douzième jour, lorsqu'on fait des inoculations sur le cobaye, on peut voir apparaître les lésions caractéristiques, en particulier lorsque l'on fait l'inoculation intra-péritonéale chez les cobayes.

M. *Clado* donne les procédés de laboratoire pour faire cette inoculation.

M. *Landouzy.* Certains individus sont de véritables *candidats à la tuberculose* et leur habitus extérieur peut dans bien des cas les faire reconnaître. Quand à l'opportunité tuberculeuse acquise, un

35e Année. — Tome II. N° 93 Jeudi 9 Août 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 8 *août* 1888.

M. Nicaise a communiqué à l'Académie de médecine les résultats des expériences qu'il avait faites pour déterminer la température du spray d'après la distance à laquelle on se trouve du bec du pulvérisateur, et d'après la température initiale du liquide contenu dans l'instrument.

M. Cornil a fait une importante communication d'anatomie pathologique sur les inflammations ulcéreuses et pseudo-membraneuses de l'intestin considérées en général, et sur les voies de pénétration que les ulcérations offrent aux microbes contenus dans l'intestin.

La fin de cette séance est assez pénible à raconter. M. Luys a tenu à répondre au rapport que M. Dujardin-Beaumetz, il y a près d'un an, avait présenté, au nom d'une commission composée de MM. Hérard, Bergeron, Brouardel, Gariel et Dujardin-Beaumetz, sur l'action des médicaments à distance chez les sujets hypnotisés. M. Luys a vivement protesté contre le rapport de la commission, qu'il accuse d'être peu académique et très partial en ce sens qu'il passe complètement sous silence tout ce qui pourrait être favorable à ses doctrines.

M. Luys s'est très vigoureusement défendu, mais les applaudissements avec lesquels l'Académie tout entière a accueilli les réponses de MM. Dujardin-Beaumetz, Brouardel, Féréol et Gariel montrent que, pour elle comme pour le public médical, la question de l'action des médicaments à distance est bien définitivement jugée.

A. Ch.

PHYSIOLOGIE ANIMALE

Contribution à l'étude du centre cérébro-sensitif visuel chez le chien.

Par M. Alexandre N. VITZON (1).

Les recherches expérimentales qui ont eu pour but d'établir le centre cérébro-sensitif de la vue chez les animaux sont forts controversées ; en effet, pour Ferrier, Yeo, Luciani, etc., le centre de la perceptions des sensations visuelles comprendrait à la fois le pli courbe (le gyrus angulaire et le lobe occipital, dont la destruction provoquerait la *cécité totale et permanente des deux yeux*.

Le professeur Hermann Munk, de Berlin, considère le lobe occipital comme la *seule région de l'écorce cérébrale affectée à la perception visuelle*, le pli courbe ne jouant aucun rôle dans les phénomènes. Si Ferrier, Yeo, Luciani et autres, ajoute Munk, ont pensé différemment, c'est qu'ils ont été induits en erreur par des expériences dans lesquelles les lésions du pli courbe étaient accompagnées de contusion on d'irritations inflammatoires des lobes occipitaux.

Les conclusion de M. H. Munk ont été attaquées en 1881 et 1884 par le professeur Goltz (2), de Strasbourg. En 1886, M. Goltz (3) soutient qu'il est impossible d'admettre l'existence dans l'écorce cérébrale des centres distincts destinés exclusivement à la vue, à l'ouïe, etc. A l'appui de son opinion, M. Goltz présente les cerveaux de deux chiens dont les lobes occipitaux avaient été détruits dans une étendue telle que toute la région qui, d'après Munk, sert à la vision, avait entièrement disparu, et cependant ces chiens n'étaient pas aveugles. Sur un autre chien auquel il enlève les lobes frontaux Goltz remarque que la vision est gravement altérée, bien que le lobe occipital gauche fût entier et qu'une partie notable du lobe droit eût été conservée. Ainsi, la localisation du centre cérébro-sensitif de la perception visuelle chez les animaux, et spécialemement chez le chien, est fortement controversée.

J'ai repris ces recherches en 1887 et, en variant les procédés opératoires, j'ai conservé des animaux deux et trois mois ; j'ai obtenu les résultats décisifs suivants :

Mes premières recherches ont porté sur des chiens de taille moyenne dont j'enlevais par trépanation et avec le couteau de Pa-

(1) Note présentée à l'Académie des sciences par M. de Lacaze-Duthiers.

(2) *Pflüger's Archiv*, t. XXVI, 1881, et t. XXXIX, 1884.

(3) Assemblée des naturalistes et médecins allemands réunis en Congrès à Berlin, 1886, séance du 23 septembre.

quelin la substance grise de la zone visuelle de Munk d'un seul côté. Immédiatement après l'opération, lorsque l'animal s'éveillait du sommeil chroroformique, on constate la perte de la vue dans l'œil opposé à la lésion effectuée. L'expérience est assez démonstrative pour représenter une expérience de cours.

Lorsqu'on applique un bandeau sur l'œil sain, l'animal a le regard égaré, il hésite à se déplacer et, lorsqu'il marche, il va se heurter à tous les obstacles. Cet état dure aussi longtemps qu'on maintient un bandeau sur l'œil sain.

Dès qu'on supprime ce bandeau, le chien marche librement, évitant les obstacles.

La conclusion de ces expériences est que, à la suite de l'ablation de la substance grise de la zone visuelle de Munk d'un seul côté, le chien perd la vue dans l'œil opposé à la lésion expérimentale. Je dois toutefois faire remarquer que cette cécité n'est pas absolue après la guérison de l'animal, ainsi que je m'en suis assuré ultérieurement.

Dans une autre série d'expériences, j'ai étudié les effets de l'ablation simultanée des deux lobes occipitaux.

Ceci nous autorise à conclure que, chez le chien, l'intégrité de la vue est en rapport avec l'intégrité des lobes occipitaux ; la destruction de cette partie du cerveau amène une cécité immédiate, complète et permanente dans les deux yeux. Nous pouvons donc localiser le centre des perceptions visuelles, chez le chien, dans la moitié postérieure des première, deuxième et troisième circonvolutions parallèles.

Ces résultats sont en parfait accord avec ceux qui ont été obtenus par M. H. Munk, de Berlin ; ils infirment les conclusions de Goltz et des autres physiologistes.

Pour les singes, les conclusions de Ferrier et Yeo, relativement à la localisation du sens de la vue, ont également besoin d'être modifiées, ainsi que je m'en suis assuré par des expériences que je ferai prochainement connaître.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

DES HÉMORRHAGIES RÉTINIENNES DANS LA MALARIA. — Le Dr Henry *Dickson Brunt*, de la Nouvelle-Orléans, publie dans *The medical Record*, de New-York (14 juillet), un travail dans lequel il étudie l'influence sur l'œil du poison paludéen. Il rapporte six observations dont il tire les conclusions suivantes :

1° L'hémorrhagie rétinienne est rarement causée par le poison

paludéen. Pendant les années 1882 à 1886, onze mille cent quatre-vingt-douze cas de fièvre paludéenne et de toxhémie ont été soignés dans les salles de l'hôpital de la Charité, et pendant ce même temps il n'y a eu que six cas certains d'hémorrhagies rétiniennes d'origine paludique rapportés sur les registres de la clinique ophthalmologique. Cette rareté apparente, toutefois, peut être due à ce fait, que seuls les malades dont la vue est troublée sont examinés ou dirigés sur la clinique ophthalmologique ; et le Dr Kipp parle de plusieurs malades dont la vue était légèrement troublée par de petites hémorrhagies siégeant à la périphérie de la rétine.

2° Les six malades étaient des hommes adultes d'un âge moyen. Aucun cas de ce genre n'a jamais été signalé sur les registres des salles de femmes ou d'enfants. J'attribue cette immunité uniquement à ce fait que les femmes et les enfants sont rarement atteints d'impaludisme, tandis que les hommes le sont souvent à cause de leur métier (bûcherons, terrassiers, poseurs de rails de chemins de fer, chasseurs et pêcheurs dans les marais) ; chez eux les formes graves de la malaria peuvent compromettre gravement l'hématopoïèse et les conduire même à la toxhémie et à la cachexie paludéenne.

3° Ces six malades d'hôpital étaient tous, d'ailleurs, de condition très modeste ; je n'en ai jamais vu un cas dans ma pratique particulière, moins heureux en cela que le Dr Jones et un autre de nos collègues.

4° Tous mes malades furent victimes de la toxhémie paludique et de la cachexie. Le Dr Kipp dit à ce propos : « Tous ces malades avaient une rate volumineuse et ils avaient un aspect très nettement cachectique. » Je regrette de n'avoir jamais eu l'occasion d'examiner les yeux de malades atteints d'hématurie paludéenne.

5° Les hémorrhagies siègent dans la rétine. Les petites hémorrhagies périphériques sont situées dans la couche des fibres nerveuses, comme le montre leur aspect strié ou frangé ; elles sont entre l'œil de l'observateur et les vaisseaux rétiniens. Les vastes hémorrhagies constatées occupent les couches plus profondes, comme le montrent leurs bords arrondis, leur couleur sombre et ce fait que parfois ils font ressortir par contraste le reflet de la fovea centralis, tandis que d'autres fois ils la font paraître sombre.

6° Les deux yeux sont affectés dans cinq cas sur les six, c'est d'ailleurs la règle dans les affections oculaires qui dépendent d'une dyscrasie.

Dans un cas où l'œil gauche seul était atteint, il est possible qu'il y ait eu également de petites hémorrhagies dans l'œil droit, hémorrhagies qui auraient disparu avant l'examen. Lorsque les hémorrhagies sont peu abondantes elles peuvent passer inaperçues. Toutefois le

Dr Jones a noté dans un certain nombre de ses cas qu'un seul œil était affecté.

7° Les hémorrhagies sont généralement multiples : sur les douze yeux examinés, les hémorrhahies étaient multiples dans huit ; il y avait une seule plaque hémorrhagique dans trois yeux ; un œil était indemne. Il est à noter que dans les yeux présentant une seule plaque hémorrhagique, celle-ci était large et située au niveau de la macula ; il est très probable que dans chacun de ces cas il y ait eu d'autres petites hémorrhagies situées à la périphérie et qui étaient déjà résorbées lorsque le malade s'est soumis à l'observation.

8° L'attaque est brusque, et s'il n'y a aucune complication elle n'est pas douloureuse.

9° On observe souvent un léger degré de rétinite caractérisée par le manque de netteté des bords de la papille, l'aspect brumeux de la rétine dans son voisinage et l'état tortueux des petits vaisseaux sanguins. Ces phénomènes sont probablement secondaires et dus au traumatisme provoqué dans la rétine par l'extravasation sanguine.

10° Aucune autre partie de l'œil n'est nécessairement affectée.

11° La vision est fortement troublée dans les cas où l'hémorrhagie siège au niveau de la macula. Dans un cas où l'hémorrhagie siégeait auprès de la macula, mais sans la recouvrir, l'acuité visuelle n'était en rien diminuée. Les docteurs Kipp et Jones rapportent des cas dans lesquels la vision n'était que légèrement troublée par de multiples hémorrhagies périphériques.

12° Il y a tendance à la guérison comme pour l'infection paludéenne, et si les hémorrhagies sont petites, périphériques, situées dans la couche des fibres nerveuses, la guérison sera probablement prompte et complète ; mais lorsque l'extravasation se fait dans les couches profondes, au niveau de la tache jaune, l'amélioration est lente et il est douteux que la guérison puisse jamais être complète. Dans un cas cité par le Dr Jones, il y eut consécutivement atrophie du nerf optique.

Le traitement est celui de la malaria elle-même ; quand se montrent les frissons et la fièvre, on donne la quinine, l'arsenic, le fer, la strychnine pour éviter la cachexie. Peut-être l'ergot de seigle rendrait-il des services.

Je n'ai pas eu l'occasion d'examiner au microscope des yeux atteints d'hémorrhagies de ce genre, mais il y a toute raison de croire à l'identité des lésions dans ces cas et dans les cas d'hémorrhagies causées par l'anémie pernicieuse. Ces hémorrhagies paludéennes sont dues non à un processus morbide spécial, mais simplement à la pauvreté du sang causée par le poison paludéen. Par suite de ces altérations du sang, les parois capillaires sont mal nourries, et les cou-

paludéen. Pendant les années 1882 à 1886, onze mille cent quatre-vingt-douze cas de fièvre paludéenne et de toxhémie ont été soignés dans les salles de l'hôpital de la Charité, et pendant ce même temps il n'y a eu que six cas certains d'hémorrhagies rétiniennes d'origine paludique rapportés sur les registres de la clinique ophthalmologique. Cette rareté apparente, toutefois, peut être due à ce fait, que seuls les malades dont la vue est troublée sont examinés ou dirigés sur la clinique ophthalmologique ; et le Dr Kipp parle de plusieurs malades dont la vue était légèrement troublée par de petites hémorrhagies siégeant à la périphérie de la rétine.

2° Les six malades étaient des hommes adultes d'un âge moyen. Aucun cas de ce genre n'a jamais été signalé sur les registres des salles de femmes ou d'enfants. J'attribue cette immunité uniquement à ce fait que les femmes et les enfants sont rarement atteints d'impaludisme, tandis que les hommes le sont souvent à cause de leur métier (bûcherons, terrassiers, poseurs de rails de chemins de fer, chasseurs et pêcheurs dans les marais) ; chez eux les formes graves de la malaria peuvent compremettre gravement l'hématopoïèse et les conduire même à la toxhémie et à la cachexie paludéenne.

3° Ces six malades d'hôpital étaient tous, d'ailleurs, de condition très modeste ; je n'en ai jamais vu un cas dans ma pratique particulière, moins heureux en cela que le Dr Jones et un autre de nos collègues.

4° Tous mes malades furent victimes de la toxhémie paludique et de la cachexie. Le Dr Kipp dit à ce propos : « Tous ces malades avaient une rate volumineuse et ils avaient un aspect très nettement cachectique. » Je regrette de n'avoir jamais eu l'occasion d'examiner les yeux de malades atteints d'hématurie paludéenne.

5° Les hémorrhagies siègent dans la rétine. Les petites hémorrhagies périphériques sont situées dans la couche des fibres nerveuses, comme le montre leur aspect strié ou frangé ; elles sont entre l'œil de l'observateur et les vaisseaux rétiniens. Les vastes hémorrhagies constatées occupent les couches plus profondes, comme le montrent leurs bords arrondis, leur couleur sombre et ce fait que parfois ils font ressortir par contraste le reflet de la fovea centralis, tandis que d'autres fois ils la font paraître sombre.

6° Les deux yeux sont affectés dans cinq cas sur les six, c'est d'ailleurs la règle dans les affections oculaires qui dépendent d'une dyscrasie.

Dans un cas où l'œil gauche seul était atteint, il est possible qu'il y ait eu également de petites hémorrhagies dans l'œil droit, hémorrhagies qui auraient disparu avant l'examen. Lorsque les hémorrhagies sont peu abondantes elles peuvent pass

Dr Jones a noté dans un certain nombre de ses cas qu'un seul œil était affecté.

7° Les hémorrhagies sont généralement multiples : sur les douze yeux examinés, les hémorrhahies étaient multiples dans huit ; il y avait une seule plaque hémorrhagique dans trois yeux ; un œil était indemne. Il est à noter que dans les yeux présentant une seule plaque hémorrhagique, celle-ci était large et située au niveau de la macula ; il est très probable que dans chacun de ces cas il y ait eu d'autres petites hémorrhagies situées à la périphérie et qui étaient déjà résorbées lorsque le malade s'est soumis à l'observation.

8° L'attaque est brusque, et s'il n'y a aucune complication elle n'est pas douloureuse.

9° On observe souvent un léger degré de rétinite caractérisée par le manque de netteté des bords de la papille, l'aspect brumeux de la rétine dans son voisinage et l'état tortueux des petits vaisseaux sanguins. Ces phénomènes sont probablement secondaires et dus au traumatisme provoqué dans la rétine par l'extravasation sanguine.

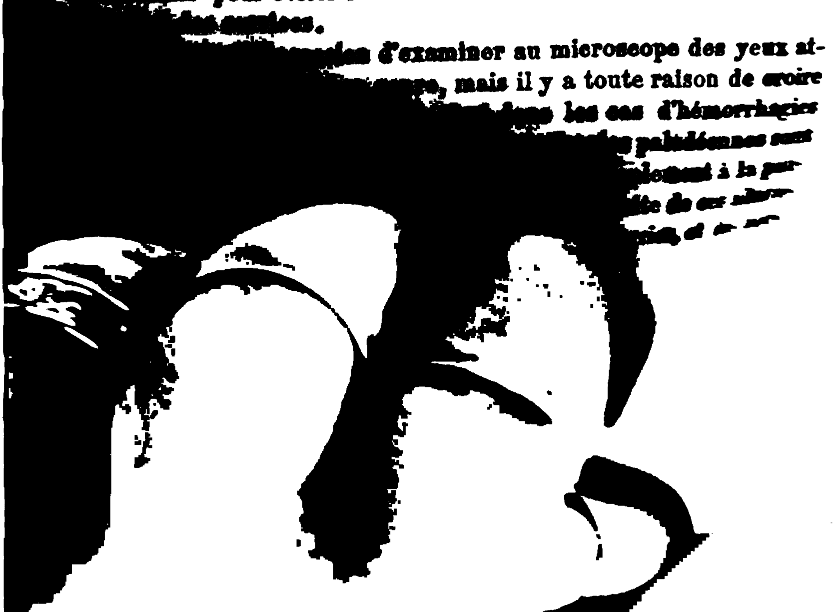
10° Aucune autre partie de l'œil n'est nécessairement affectée.

11° La vision est fortement troublée dans les cas où l'hémorrhagie siège au niveau de la macula. Dans un cas où l'hémorrhagie siégeait auprès de la macula, mais sans la recouvrir, l'acuité visuelle n'était en rien diminuée. Les docteurs Kipp et Jones rapportent des cas dans lesquels la vision n'était que légèrement troublée par de multiples hémorrhagies périphériques.

12° Il y a tendance à la guérison comme pour l'infection paludéenne, et si les hémorrhagies sont petites, périphériques, situées dans la couche des fibres nerveuses, la guérison sera probablement prompte et complète ; mais lorsque l'extravasation se fait dans les couches profondes, au niveau de la tache jaune, l'amélioration est lente et il est douteux que la guérison puisse jamais être complète. Dans un cas cité par le Dr Jones, il y eut consécutivement atrophie du nerf optique.

Le traitement est celui de la malaria elle-même ; quand se montrent les frissons et la fièvre, on donne la quinine, l'arsenic, le fer, [illegible] pour éviter la cachexie. Peut-être l'ergot de seigle [illegible]

[illegible] d'examiner au microscope des yeux at- [illegible], mais il y a toute raison de croire [illegible] les cas d'hémorrhagies [illegible] paludéennes sont [illegible]



paludéen. Pendant les années 1882 à 1886, onze mille cent quatre-vingt-douze cas de fièvre paludéenne et de toxhémie ont été soignés dans les salles de l'hôpital de la Charité, et pendant ce même temps il n'y a eu que six cas certains d'hémorrhagies rétiniennes d'origine paludique rapportés sur les registres de la clinique ophthalmologique. Cette rareté apparente, toutefois, peut être due à ce fait, que seuls les malades dont la vue est troublée sont examinés ou dirigés sur la clinique ophthalmologique ; et le Dr Kipp parle de plusieurs malades dont la vue était légèrement troublée par de petites hémorrhagies siégeant à la périphérie de la rétine.

2° Les six malades étaient des hommes adultes d'un âge moyen. Aucun cas de ce genre n'a jamais été signalé sur les registres des salles de femmes ou d'enfants. J'attribue cette immunité uniquement à ce fait que les femmes et les enfants sont rarement atteints d'impaludisme, tandis que les hommes le sont souvent à cause de leur métier (bûcherons, terrassiers, poseurs de rails de chemins de fer, chasseurs et pêcheurs dans les marais) ; chez eux les formes graves de la malaria peuvent compremettre gravement l'hématopoïèse et les conduire même à la toxhémie et à la cachexie paludéenne.

3° Ces six malades d'hôpital étaient tous, d'ailleurs, de condition très modeste ; je n'en ai jamais vu un cas dans ma pratique particulière, moins heureux en cela que le Dr Jones et un autre de nos collègues.

4° Tous mes malades furent victimes de la toxhémie paludique et de la cachexie. Le Dr Kipp dit à ce propos : « Tous ces malades avaient une rate volumineuse et ils avaient un aspect très nettement cachectique. » Je regrette de n'avoir jamais eu l'occasion d'examiner les yeux de malades atteints d'hématurie paludéenne.

5° Les hémorrhagies siègent dans la rétine. Les petites hémorrhagies périphériques sont situées dans la couche des fibres nerveuses, comme le montre leur aspect strié ou frangé ; elles sont entre l'œil de l'observateur et les vaisseaux rétiniens. Les vastes hémorrhagies constatées occupent les couches plus profondes, comme le montrent leurs bords arrondis, leur couleur sombre et ce fait que parfois ils font ressortir par contraste le reflet de la fovea centralis, tandis que d'autres fois ils la font paraître sombre.

6° Les deux yeux sont affectés dans cinq cas sur les six, c'est d'ailleurs la règle dans les affections oculaires qui dépendent d'une dyscrasie.

Dans un cas où l'œil gauche seul était atteint, il est possible qu'il y ait eu également de petites hémorrhagies dans l'œil droit, hémorrhagies qui auraient disparu avant l'examen. Lorsque les hémorrhagies sont peu abondantes elles peuvent passer inaperçues. Toutefois le

Dr Jones a noté dans un certain nombre de ses cas qu'un seul œil était affecté.

7° Les hémorrhagies sont généralement multiples : sur les douze yeux examinés, les hémorrhahies étaient multiples dans huit ; il y avait une seule plaque hémorrhagique dans trois yeux ; un œil était indemne. Il est à noter que dans les yeux présentant une seule plaque hémorrhagique, celle-ci était large et située au niveau de la macula ; il est très probable que dans chacun de ces cas il y ait eu d'autres petites hémorrhagies situées à la périphérie et qui étaient déjà résorbées lorsque le malade s'est soumis à l'observation.

8° L'attaque est brusque, et s'il n'y a aucune complication elle n'est pas douloureuse.

9° On observe souvent un léger degré de rétinite caractérisée par le manque de netteté des bords de la papille, l'aspect brumeux de la rétine dans son voisinage et l'état tortueux des petits vaisseaux sanguins. Ces phénomènes sont probablement secondaires et dus au traumatisme provoqué dans la rétine par l'extravasation sanguine.

10° Aucune autre partie de l'œil n'est nécessairement affectée.

11° La vision est fortement troublée dans les cas où l'hémorrhagie siège au niveau de la macula. Dans un cas où l'hémorrhagie siégeait auprès de la macula, mais sans la recouvrir, l'acuité visuelle n'était en rien diminuée. Les docteurs Kipp et Jones rapportent des cas dans lesquels la vision n'était que légèrement troublée par de multiples hémorrhagies périphériques.

12° Il y a tendance à la guérison comme pour l'infection paludéenne, et si les hémorrhagies sont petites, périphériques, situées dans la couche des fibres nerveuses, la guérison sera probablement prompte et complète ; mais lorsque l'extravasation se fait dans les couches profondes, au niveau de la tache jaune, l'amélioration est lente et il est douteux que la guérison puisse jamais être complète. Dans un cas cité par le Dr Jones, il y eut consécutivement atrophie du nerf optique.

Le traitement est celui de la malaria elle-même ; quand se montrent les frissons et la fièvre, on donne la quinine, l'arsenic, le fer, la strychnine pour éviter la cachexie. Peut-être l'ergot de seigle rendrait-il des services.

Je n'ai pas eu l'occasion d'examiner au microscope des yeux atteints d'hémorrhagies de ce genre, mais il y a toute raison de croire à l'identité des lésions dans ces cas et dans les cas d'hémorrhagies causées par l'anémie pernicieuse. Ces hémorrhagies paludéennes sont dues non à un processus morbide spécial, mais simplement à la pauvreté du sang causée par le poison paludéen. Par suite de ces altérations du sang, les parois capillaires sont mal nourries, et les cou-

mais. Dans nos expériences, au contraire, tout le monde ignorait quel était le corps placé dans le tube, et, en effet, les phénomènes étaient toujours contradictoires. Les phénomènes ne répondaient jamais aux effets habituels du médicament. Quand on plaçait un tube près d'elle, la femme qui, pour moi, est purement une simulatrice, se livrait au hasard à n'importe quel phénomène ; cela tombait quelquefois bien, mais généralement mal.

Les faits avancés par M. Luys ne sont donc pas démontrés et il n'y a pas lieu d'en tenir compte au point de vue de la médecine légale.

M. *Féréol* désirerait poser une question à M. Luys. Est-il vrai, comme cela a été dit par M. Dujardin-Beaumetz, que dans ses premières expériences M. Luys, après avoir endormi ou croyant avoir endormi sa malade, énumérait tout haut devant elle les phénomènes qu'elle devait présenter ? Le procédé serait réellement enfantin.

M. Féréol désirerait en outre demander à M. Luys des explications sur une expérience que, paraît-il, il fait couramment à la Charité. M. Luys endort un malade et lui fait tenir un parapluie que le malade ne peut ensuite lâcher. Il s'écarte, et à un moment donné, il souffle, le parapluie tombe aussitôt des mains du malade.

M. *Luys* refuse de répondre à la demande de M. Féréol qui sort de la question en discussion.

L'hypnotisme développe chez les sujets une hyperesthésie dont on n'a pas idée.

Au sujet de la question des doses, il faut avoir expérimenté pour pouvoir parler de certaines choses. Une substance développe des phénomènes variables d'après la quantité qui est dans le tube.

Il est du devoir de tous les travailleurs de dire ce qu'ils ont vu.

La spartéine développe tous les accidents de la congestion cérébrale, et si chez ces sujets les vaisseaux au lieu d'être jeunes étaient friables, ont aurait certainement des hémorrhagies.

M. *Brouardel.* J'ai avancé tout à l'heure un fait ; je tiens à ce que M. Luys n'oublie pas d'y répondre. Dans la première séance où les expériences ont été conduites au gré de M. Luys, M. Luys annonçait d'abord à haute voix comment les choses devaient ensuite se passer.

M. *Féréol* revient sur l'histoire du parapluie. Son interne, invité par M. Luys, a répété l'expérience ; il s'est écarté, il a oublié de souffler, mais le parapluie est tombé quand même.

M. *Le Roy de Méricourt.* Dans l'une des expériences, M. Luys a déterminé avec un tube ne contenant que de l'eau des phénomènes d'hydrophobie ; or les. autres médicaments employés étaient généra-

lement en solution dans l'eau, comment dans les phénomènes observés M. Luys distingue-t-il ce qui est dû à l'eau de ce qui est dû au médicament ?

M. *Gariel.* M. Luys accuse la commission d'avoir trop répété ses expériences et d'avoir ainsi fatigué les malades. M. Gariel tient à faire observer que M. Luys lui-même a conduit les expériences et que les malades ont été examinés aux heures que lui-même avait déterminées.

La séance est levée à 5 heures.

CORRESPONDANCE

Paris, ce 31 *juillet* 1888.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Je viens de lire dans la *France médicale* du jeudi 26 juillet 1888 une analyse de ma thèse intitulée : Ostéomyélite chronique d'emblée; diagnostic avec les ostéosarcomes.

Permettez-moi tout d'abord de vous remercier d'avoir bien voulu faire connaître mon modeste travail, et de reprocher à votre distingué collaborateur de m'avoir couvert d'éloges, du reste immérités.

D'après mon excellent ami Verchère, ma thèse ne serait qu'un tout petit chapitre additionnel à l'histoire de l'ostéomyélite prolongée telle que l'ont décrite M. le professeur Lannelongue et son élève le Dr Comby. Cela n'est pas tout à fait exact.

Je tiens à dire que j'ai été guidé dans mon travail par les conseils de mon excellent maître, M. le professeur Trélat, et que c'est à lui qu'en revient tout le mérite.

Je pense avoir mis en lumière par des observations qui me semblent inattaquables (ce sont les trois premières de ma thèse) les faits suivants qui ne sont pas indiqués par Lannelongue et Comby.

1° Que chez des sujets non diathésiques les os peuvent s'enflammer d'emblée chroniquement.

2° Que l'ostéomyélite chronique d'emblée peut s'observer à une période où la croissance est terminée depuis longtemps.

Le malade de l'obs. I avait 59 ans, celui de l'obs. III 29 ans quand les premiers signes de l'affection se sont montrés.

3° Enfin que les symptômes et la marche de l'affection, précisément parce qu'ils diffèrent de ceux de l'ostéomyélite prolongée, peuvent faire penser à un ostéosarcome.

Tels sont les faits sur lesquels je désirais insister parce qu'ils ne sont pas mis en lumière dans l'analyse fort exacte pour le reste de mon ami Verchère.

Je vous serais reconnaissant, Monsieur le Rédacteur en chef, de bien vouloir publier cette rectification dans un de vos prochains numéros.

Veuillez agréer, je vous prie, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr A. DEMOULIN,
Prosecteur des hôpitaux.

NÉCROLOGIE

Le Dr Emile DECAISNE père, décédé le 5 août à l'âge de 61 ans. Le Dr Decaisne faisait depuis longtemps la Revue scientifique dans divers journaux politiques ; il était, en outre, l'auteur d'un dictionnaire de médecine fait en collaboration avec le Dr Gorecki.

NOUVELLES

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr Prengrueber, suppléant M. le Dr Péan, commencera samedi 11 août, à l'hôpital Saint-Louis, à 9 heures et demie, des conférences de clinique chirurgicale. Il les continuera les samedis suivants, à la même heure, pendant les mois d'août et de septembre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

ASSELIN et HOUZEAU, libraires de la Faculté de médecine,
place de l'Ecole-de-Médecine.

Dr W. MOLDENHAUER, privat docent à l'Université de Leipzig.— **Traité des maladies des fosses nasales**, des sinus et du pharynx nasal, avec un exposé des méthodes d'examen, traduit et annoté par le Dr Potiquet. 1 vol. in-8° de 224 pages avec 25 figures dans le texte. Prix : 5 fr.

Traité de chirurgie clinique, par P. TILLAUX, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. Tome II, fascicule I : Affections chirurgicales de l'abdomen et des voies urinaires. Prix : 6 francs. Tome Ier : Colonne vertébrale, tête, cou, membre supérieur, poitrine. 1 vol. in-8° de 720 pages avec 90 figures dans le texte. Prix : 12 fr.

L'ouvrage formera deux volumes et sera publié en quatre fascicules.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

...-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 94. SAMEDI 11 AOUT 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.


Diurétique, Modificateur des sécrétions catarrhales, Maladies des voies respiratoires et génito-urinaires.
CAPSULES DE TERPINOL
ADRIAN
Le Terpinol a les propriétés de l'essence de Térébenthine dont il dérive, mais il est plus facilement absorbé et surtout très bien toléré. Il n'a pas l'inconvénient grave de provoquer chez les malades des nausées, souvent même des vomissements.
VÉRITABLES
GRAINS
de Santé
du docteur
FRANCK
VIN MARIANI
A la COCA du PEROU
Le plus efficace des TONIQUES et des stimulants
Le RÉPARATEUR par EXCELLENCE
des Organes de la digestion et de la respiration.
Le TENSEUR des cordes vocales.
le ROI des ANTI-ANÉMIQUES
Son goût délicat l'a fait adopter comme Vin de dessert;
il rend ainsi, sous une forme agréable, la force et la santé.
VIN DE VIAL
Tonique, Analeptique,
Pharmacie J. VIAL, 14,

35e Année. — Tome II. N° 94 Samedi 11 Août 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

Le menthol.

Le menthol ($C^{10}H^{20}O$) est regardé comme étant le camphre de l'huile volatile de la menthe poivrée. On l'extrait de l'essence par le froid et l'expression. Toutes les essences renferment probablement un radical hydrocarboné oxygéné et un autre qui ne l'est pas ; le menthol est le radical oxygéné de l'essence de menthe. Il est soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme, mais non dans l'eau. Ce corps est depuis longtemps utilisé par les Chinois et les Japonais comme remède anodin, et Pline le Jeune nous apprend qu'on employait de son temps l'essence de menthe comme calmant dans les troubles digestifs.

Au point de vue de ses propriétés physiologiques, Delioux de Savignac avait reconnu dans l'essence de menthe et le menthol un irritant qui produit par l'application externe une sensation de froid et l'analgésie, mais non l'anesthésie. Schmitz pense qu'il peut produire l'anesthésie en agissant sur les nerfs périphériques de la sensibilité. Goldsheider a fait quelques recherches sur le mode d'action du menthol. En expérimentant avec un mélange de cette substance avec la lanoline, qu'il appliquait sur des régions déterminées de la peau, il a vu le thermomètre accuser localement une élévation de température de plusieurs dixièmes de degrés, malgré la sensation toute subjective de froid accusée par la personne en expérience. Cette sensation de froid se produisait également lorsqu'on protégeait la région par l'application d'un verre de montre. Ainsi était renversée cette idée qui faisait attribuer le phénomène à l'évaporation de la substance comme cela a lieu pour l'éther ou l'alcool. La sensation de froid provoquée par l'application du menthol ne pouvait donc tenir qu'à une excitation directe des nerfs thermiques. Goldsheider remarqua en outre que la sensation anormale de température diffère suivant les régions sur lesquelles on porte l'excitation. Tandis que

la peau du front, par exemple, devient le siège d'une sensation de froid, la région du coude et la partie interne et postérieure du poignet paraissent chaudes au patient sous l'influence de l'application du menthol. Or, ce résultat paraît dépendre de la distribution des nerfs thermiques, car Herzen a fait remarquer que la pression des nerfs de la région postérieure du coude, du cubital surtout, provoque une sensation de chaleur et non de froid. L'application du menthol détermine donc une excitation directe des nerfs thermiques, surtout des nerfs destinés à la transmission des impressions de froid ; il y a là un effet physiologique et non simplement physique, comme on le pensait généralement.

Pris à l'intérieur à la dose de 0,25 centigr. à 1 gramme, le menthol cause une sensation de chaleur durant de une à deux heures. Il augmente les forces et la tension artérielle, ainsi qu'en font foi les tracés sphygmographiques pris par le Dr Stafford de New-York (1). Dans quelques cas, il produit une transpiration abondante et augmente la quantité et l'acidité des urines d'après C. L. Dana. Les reins et les poumons paraissent être les voies d'élimination du médicament. Il est rare que le menthol cause quelques désordres gastriques, même à la dose de 3 grammes par jour, à moins que son usage ne soit continué pendant longtemps. Macdonald dit qu'il possède une action antiseptique près de deux fois aussi considérable que l'acide phénique, et comme il peut être donné à une dose vingt fois plus grande, il lui est supérieur de beaucoup pour l'usage interne, n'était son insolubilité dans l'eau.

Le Dr Dana, de New-York, a employé avec succès le médicament dans nombre de cas, entre autres dans la migraine, la céphalalgie anémique ou congestive, la sciatique, la névrite multiple, l'ataxie locomotrice, la névralgie intercostale, le rhumatisme aigu, la phthisie. Il le regarde comme étant particulièrement indiqué dans tous les phénomènes nerveux douloureux, bien que le menthol ne soit pas un spécifique certain contre la douleur, mais il se met au même rang que l'antipyrine et l'antifébrine, avec lesquelles on peut l'associer comme dans la formule suivante :

Menthol.................. }
Antifébrine.............. } ââ 4 gr.
Sucre de lait. Q. s.

Divisez en 24 capsules. — Dose : 2 capsules.

Pour l'usage externe, M. P. Remington, de Philadelphie, a proposé d'employer l'acide oléique comme dissolvant du menthol.

C'est A. Rosenberg surtout qui a employé avec quelque avantage

(1) Therapeutic Gazette, 16 July 1888.

cette substance en solution huileuse dans la phthisie pulmonaire et laryngée. La solution faite à 20 pour cent est injectée dans le larynx, à la dose de 1 à 2 grammes par jour au début. On n'observe d'autre inconvénient qu'une sensation de brûlure légère qui fait place à une sensation de fraîcheur. L'injection peut se faire de même dans la trachée et dans les bronches. Reichert assure avoir obtenu une amélioration dans l'état subjectif des malades dans quatre-vingts cas de phthisie. Les douleurs cervicales disparaissent, l'appétit et les forces augmentent. On note aussi des modifications locales, les ulcérations laryngées se détergent, se couvrent de granulations, qui sont le prélude d'une cicatrisation achevée au bout de quelques semaines. C'est surtout à l'action antibacillaire que Rosenberg attribue les bons effets du menthol. En outre, comme les douleurs de la dysphagie disparaissent par suite de l'action analgésique, les malades peuvent s'alimenter, prendre des forces et offrir une résistance plus grande à la maladie, et cela dès le début du traitement ; on note en même temps une diminution des accès de toux. L'action antiseptique du menthol n'est pas douteuse ; Sormani n'a pu produire la tuberculose chez les cochons d'Inde en injectant des crachats tuberculeux mélangés à du menthol ; les vapeurs même, d'après Koch, empêchent les bacilles de se développer. Les inhalations sont faites avec une solution huileuse à 20 pour cent dont le malade respire XV à XX gouttes chaque fois, le plus souvent possible, toutes les heures par exemple. Les résultats seraient particulièrement favorables au début de la phthisie et lorsque l'état général n'est pas par trop gravement compromis. Dans les cas plus avancés on pourrait constater une amélioration, mais il ne faudrait pas compter sur un résultat durable. D'après les observations de Schmitz, le menthol accroîtrait d'abord l'expectoration qui diminuerait dans la suite pour disparaître. D'ailleurs les bacilles doivent disparaître également pour qu'on puisse affirmer la guérison ; l'état général suit l'évolution de la maladie, mais il est plus rare de constater la disparition des signes physiques des sommets. Enfin, Rosenberg ne croit pas qu'une expectoration sanglante légère soit une contre-indication à l'emploi des inhalations. Furbringer a élevé des doutes sur les résultats annoncés par Rosenberg et ne croit pas que les bacilles soient détruits comme le prétend ce dernier, car ces micro-organismes sont, en raison de leur situation profonde, difficilement accessibles aux moyens parasiticides.

Plus récemment, M. Albert Beehag, d'Edimbourg, a publié des résultats favorables dans les recherches qu'il a faites sur le même sujet. Comme Rosenberg, cet auteur se sert d'une solution de menthol dans l'huile d'olive au titre de 20 pour cent, qu'il injecte avec une seringue spéciale soit dans le larynx, soit dans la trachée, lorsque

les poumons sont seuls malades. Pour le larynx, il conseille deux ou trois instillations de XV gouttes sur les parties affectées. Le malade doit exécuter après chaque instillation de profondes inspirations qui hâtent l'effet analgésique et réfrigérant du menthol. La solution pénètre jusqu'aux ramifications bronchiques. En général, on répète ces instillations une ou deux fois par jour en même temps que le patient fait plusieurs inhalations dans le courant de la journée, ce qui est facile s'il porte sur lui un tampon d'ouate hydrophile imbibée de la solution huileuse de menthol. Cette manière de faire n'expose à aucun danger et produit presque toujours un soulagement immédiat dans la dysphagie. Les résultats sont moins favorables lorsqu'il existe déjà de l'infiltration et du gonflement, et l'auteur préfère alors recourir à l'acide lactique.

M. Beehag, en outre, emploie le menthol avec avantage dans certaines affections nasales et naso-pharyngiennes relevant de la scrofule ou de la syphilis, dans l'angine catarrhale aiguë, ce qui calme la douleur et la dysphagie.

Le Dr Dana a proposé l'usage du saffrol ($C^{10}H^{10}O^{2}$) qui est le camphre de l'huile de sassafras. Le saffrol est liquide à la température ordinaire et possède l'odeur et le goût du sassafras. L'action n'est pas aussi irritante ou intense que celle du menthol, mais elle peut s'utiliser dans les mêmes conditions.

L. JUMON.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Des modifications à apporter au concours pour les places de médecin du Bureau de bienfaisance.

Par le Dr YVON.

Par un décret en date du 12 août 1886, le Ministre de l'intérieur décidait que les médecins des bureaux de bienfaisance seraient désormais nommés au concours. Un autre arrêté paru plus tard fixait les règles du concours pour l'admission à cet emploi, et le Directeur de l'Assistance publique, après avoir fait choix d'une commission destinée à étudier l'organisation du règlement, le publiait il y a environ un an.

Le premier concours, qui a eu lieu en 1887, a fait voir que le règlement arrêté par M. le Directeur de l'Assistance publique comportait en soi des imperfections qui ne pouvaient du reste apparaître que lors de son application. Aussi a-t-il paru important à la Société des médecins des bureaux de bienfaisance de s'occuper de cette question, dans l'intérêt des candidats et du concours.

Dans la séance du 9 mai dernier, M. le Dr Lecoconnier proposait de mettre cette question à l'ordre du jour. Une commission, composée de MM. les Drs Chevallereau, Gibert, Lecoconnier, Le Coin et Yvon, a été désignée pour préparer un travail et présenter un rapport dont nous vous donnons connaissance aujourd'hui.

Deux réunions ont eu lieu chez M. le Dr Gibert pour étudier les modifications à apporter au règlement. Dans la première aucune décision n'a été prise, les membres de la commission ayant été unanimement d'avis, avant de commencer la discussion, de prier, par la voie des journaux médicaux, les médecins des bureaux de bienfaisance nommés ou non par le concours, et institués ou non, de faire parvenir au secrétaire général, avant le 4 juillet, les observations qu'ils croiraient devoir présenter sur le règlement. L'avis ayant paru dans peu de journaux, et d'ailleurs très tard, le nombre des communications qui nous ont été adressées s'est trouvé trop restreint. Une seule lettre, en effet, a été envoyée à notre secrétaire général. L'auteur de cette lettre proposait d'introduire dans le jury du concours des médecins des hôpitaux. La commission ne s'est pas rendue à cet avis et vous propose de conserver l'état de choses établi précédemment, c'est-à-dire un jury dont l'élément médical est exclusivement constitué par des médecins des bureaux de bienfaisance ayant au moins six années de fonction.

Mais les modifications les plus importantes sur lesquelles la commission s'est appesantie portent sur deux points :

1° Les épreuves du concours ;

2° Le classement définitif des candidats.

Nous allons maintenant examiner les détails que comportent ces modifications.

A) Epreuves. — Avant de vous exposer notre projet, il faut d'abord rappeler dans quels termes sont conçus les articles du règlement se rapportant à ce sujet. Nous devons attirer spécialement votre attention sur les articles 9, 12, et le dernier paragraphe de l'article 13.

Voici ce que comporte l'article 9 :

Article 9.

Nature des épreuves.

« Les épreuves du concours sont réglées de la façon suivante :

« 1° Une épreuve de diagnostic suivie d'une ordonnance écrite « avec formule.

« Les malades seront choisis dans un hôpital par les juges avant « la séance, et tirés au sort par les candidats à mesure qu'ils seront « appelés à subir les épreuves.

« Il sera donné au candidat dix minutes pour l'examen du malade, « cinq minutes pour l'exposition orale du diagnostic, et dix minutes « pour la rédaction de l'ordonnance avec formule, laquelle rédac- « tion sera lue à la fin de la séance.

« 25 points seront donnés pour cette épreuve.

« Ces 25 points seront divisés en :

« 15 points pour le diagnostic ;

« 10 points pour l'ordonnance.

« 2° Une consultation écrite sur la conduite à tenir dans un cas de « pratique obstétricale (question commune à tous les candidats).

« Une demi-heure sera accordée au candidat pour la rédaction de « cette consultation dont lecture sera donnée en public.

« Il sera donné 15 points pour cette épreuve.

« 3° Appréciation des titres antérieurs ; 10 points seront donnés « pour l'appréciation des titres antérieurs.

« Les épreuves seront publiques. »

Lors du dernier concours, des modifications ont été apportées dans le fonctionnement des épreuves. C'est ainsi que la seconde, « consultation sur la conduite à tenir dans un cas de pratique obsté- « tricale », a été subie en premier lieu. Pour l'épreuve de diagnostic, le règlement n'accordait pas de temps de réflexion aux candidats après l'examen du malade, avant d'exposer le résultat de cet examen. Ce temps de réflexion, qui est indispensable, a été accordé par le jury.

Quant à la troisième épreuve, « appréciation des titres antérieurs », la commission est d'avis qu'il faut en demander la suppression par cela même que le concours ne doit se juger que sur les épreuves subies par les candidats devant le jury, c'est-à-dire la consultation écrite et l'épreuve de diagnostic avec formule qui peuvent seules renseigner efficacement l'administration sur la valeur des candidats.

Nous vous proposons en conséquence d'adopter pour l'article 9 la rédaction suivante :

ARTICLE 9.

Nature des épreuves.

« Les épreuves du concours sont réglées de la façon suivante :

« 1° Une consultation écrite sur un sujet de pratique obstétricale « (question commune à tous les candidats).

« Une demi-heure sera accordée aux candidats pour la rédaction « de cette consultation dont lecture sera donnée en public.

« Il sera donné 15 points pour cette épreuve.

« 2° Une épreuve de diagnostic suivie d'une ordonnance avec « formule.

« Les malades seront choisis dans un hôpital par les juges et tirés « au sort par les candidats à mesure qu'ils seront appelés à subir les « épreuves.

« Il sera donné au candidat dix minutes pour l'examen du malade, « cinq minutes pour l'exposition orale du diagnostic après cinq mi- « nutes de réflexion, et dix minutes pour la rédaction de l'or- « donnance avec formule, laquelle rédaction sera lue à la fin de la « séance.

« 25 points seront donnés pour cette épreuve.

« Ces 25 points seront divisés en :

« 15 points pour le diagnostic ;

« 10 points pour l'ordonnance.

« Les épreuves seront publiques. »

Je vous ai dit, il y a un instant, que des modifications devaient être apportées à l'article 12 et au dernier paragraphe de l'article 13. Voici dans quel sens est conçu l'article 12 :

ARTICLE 12.

« Après l'examen du malade qui lui est échu, chaque candidat est « rappelé à l'amphithéâtre pour l'exposition orale de son diagnostic, « la rédaction de l'ordonnance avec formule, et la rédaction d'une « consultation sur la conduite à tenir dans un cas de pratique obsté- « tricale. »

La teneur de cet article est en contradiction complète avec la partie de l'article 9 ayant trait à la consultation. Il y est dit, en effet, que la question est commune à tous les candidats. Il suit donc de là qu'elle doit être faite en commun.

La commission, se basant sur ce qui a été fait au dernier concours, vous propose pour cet article la rédaction suivante :

ARTICLE 12.

« Chaque jour fixé pour l'épreuve de diagnostic, il sera procédé à « la fin de la séance au tirage au sort des candidats appelés à subir « l'examen du malade dans la séance suivante. Les candidats seront « informés qu'ils sont appelés, par une lettre remise à leur domicile, « avant midi, le matin même du jour où ils devront satisfaire à cette « épreuve.

« Après le temps de réflexion laissé au candidat, sur le malade qui « lui est échu, il est rappelé à l'amphithéâtre, pour l'exposition orale « du diagnostic, la rédaction de l'ordonnance avec formule et la lec- « ture de la consultation sur la conduite à tenir dans un cas de pra- « tique obstétricale. »

sentés que pour cet arrondissement et dont les autres se seraient présentés pour plusieurs arrondissements, la préséance appartiendrait de droit aux premiers.

Une question reste encore à examiner, c'est le roulement des médecins des bureaux de bienfaisance du service d'un arrondissement à un service d'un arrondissement voisin, la question de résidence restant celle établie par l'administration. C'est un fait parfaitement admis que les médecins des bureaux de bienfaisance peuvent changer de service dans le même arrondissement et prendre la circonscription qu'ils préfèrent lorsqu'elle devient vacante. Ne serait-il pas possible à un médecin dont le domicile ne se trouve pas dans l'arrondissement, de prendre dans le quartier qu'il habite la circonscription qui pourrait à un moment donné se trouver vacante, si toutefois il n'y avait pas pour cette place un postulant reçu au concours pour cet arrondissement et non placé ? C'est à la Société qu'il appartient de voir si cette idée peut être proposée à l'administration qui ne repoussera probablement pas un projet dans lequel les intérêts du malade et du médecin sont également sauvegardés.

Ces conditions, dont nous demandons l'insertion au nombre des articles du règlement, entraînent nécessairement la suppression de l'épreuve des titres antérieurs, parmi lesquels comptaient les services rendus en qualité de suppléants des médecins des bureaux de bienfaisance. Par suite il faut aussi supprimer l'article 15 qui est ainsi rédigé :

ARTICLE 15.

« Pour l'examen des titres antérieurs des candidats, le jury se fait « représenter les notes confidentielles qui ont été délivrées par les « maires, présidents des bureaux de bienfaisance, dans le cas où « les candidats auraient été chargés de faire des remplacements dans « le service du traitement à domicile. »

Voilà donc, Messieurs, dans quelles mesures nous avons cru devoir tenter des améliorations au règlement du concours. Elles sont dictées par le résultat du premier essai, qui en nous faisant voir sur certains points le côté faible, nous a en même temps fait pressentir ce qu'il fallait pour y porter remède.

En résumé, ce que nous demandons, c'est :

1° La suppression d'une des épreuves et la réglementation exacte de celles qui constituent la base du concours;

2° De donner satisfaction aux candidats non placés sans pour cela diminuer en quoi que ce soit la portée des épreuves qu'ils auront subies et d'établir le roulement des médecins d'un arrondissement à l'autre.

Nous soumettons ce projet à votre examen, convaincus que vous n'hésiterez pas à adopter nos conclusions et à les proposer à l'administration de l'Assistance publique.

BIBLIOGRAPHIE

Scènes de la vie médicale, par le Dr *J. Cyr*, médecin-inspecteur adjoint à Vichy. (Un vol. in-16, 292 p. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1888.)

Confrère, à cette époque de villégiature où les malades ne demandent qu'à abandonner les médecins qui eux-mêmes cherchent volontiers à les imiter, si vous avez à accomplir quelque voyage et si les beautés du paysage ne sont pas suffisantes pour nécessiter votre attention continuelle, prenez avec vous le livre du Dr Cyr, et vous aurez beau traverser les pays les plus désagréables, vous serez certain de faire un voyage charmant; si, cloué à Paris, vous attendez vainement dans votre cabinet les malades qui se font rares, prenez encore ce livre et l'attente cessera de vous être pénible. C'est que vous aurez dans l'un et l'autre cas la compagnie d'un spirituel causeur avec qui le temps passera vite.

L'auteur abusera bien parfois de son esprit pour vous conter des histoires assez raides, comme « mon douzième accouchement », qui rappelle un peu trop les feuilletons du *Petit Journal* ou de la *Lanterne*, mais vous ne serez pas obligé d'y croire et vous trouverez dans ce trop court volume une foule de pages délicieuses où sont décrites avec un brio soutenu des scènes vraies auxquelles la plupart des médecins, à Paris au moins, ont plus ou moins assisté.

La lecture de ce livre est de plus en plus agréable à mesure que les scènes se déroulent. Le « choix d'une spécialité » est d'un homme qui connaît son monde ; le « banquet Ganivet » est des mieux réussis et peint bien, en l'exagérant, cette habitude d'offrir des banquets à n'importe qui à propos de n'importe quoi, habitude qui est un peu dans le monde médical ce qu'est la statuomanie dans le monde ordinaire. « L'histoire d'un médicament » est racontée d'après nature et tout ce qui concerne le lancement et la direction d'un journal de médecine a certainement été vu.

Le Dr Cyr était bien placé pour connaître et peindre ses collègues des eaux minérales ; le type du médecin de Bonnesource est bien amusant.

Il n'y a pas seulement dans ce livre des descriptions de scènes générales, il y a également des portraits individuels très ressemblants. On reconnaîtra immédiatement Bricard-Charron, le consultant popu-

laire, le grand maître de la thérapeutique par les nouveaux médicaments, et le célèbre professeur Simon Levi. Le laryngologiste Lemasson et madame Lemasson, avec ses truffes, seront devinés bien avant la fin du chapitre qui les concerne. Il serait difficile de peindre des types plus exactement et en moins de mots.

Les scènes de la vie médicale forment donc un excellent petit livre que chacun voudra lire au moins une fois, livre bien propre à augmenter la réputation que J. Cyr possédait déjà, celle du plus agréable conteur que nous ayons actuellement dans la littérature médicale.

A. Ch.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Un congé est accordé, sur sa demande et pour raison de santé, pendant l'année scolaire 1888-89, à M. Lannelongue, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine.

— M. Bouilly, agrégé près la Faculté de médecine, est chargé, pendant l'année scolaire 1888-89, d'un cours de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine.

— MM. Verneuil et Charcot, professeurs à la Faculté de médecine, sont dispensés du service des examens pendant l'année scolaire 1888-89.

Pharmacies scolaires. — Des accidents inattendus se produisant parfois parmi les enfants des écoles, l'administration a reconnu l'utilité de placer dans ces établissements le matériel nécessaires aux premiers soins.

A la rentrée, chaque école sera pourvue d'une petite pharmacie portative.

L'atelier de menuiserie du magasin scolaire fabriquera des coffres de bois blanc renfermant le strict nécessaire : alcool camphré, arnica, solution phéniquée, ammoniaque liquide, bandes, compresses, charpie, ouate, etc.

Ces différentes fournitures seront faites par la pharmacie centrale des hôpitaux.

Inspectorat des eaux minérales. — A la suite des avis exprimés par l'Académie de médecine et par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, le Conseil d'Etat a été saisi, dans le courant du mois d'avril dernier, d'un projet de décret modifiant l'ordonnance du 18 juin 1823, sur l'inspection des sources et établissements d'eaux minérales, ainsi que le décret du 28 janvier 1860.

Le projet en question avait pour objet de modifier l'organisation de l'inspection actuelle et de la scinder en deux services distincts :

1° Le service des indigents *qui aurait été confié à des médecins* ÉLUS *par leurs confrères dans les stations comptant plus de cinq médecins* et nommés par le ministre dans les stations moins importantes ;

2° Le service de l'inspection proprement dite qui aurait été confiée *aux conseils départementaux d'hygiène ou à des délégations prises dans leur sein.*

A la suite d'une longue discussion, le Conseil d'Etat a émis un avis défavorable, en se fondant sur les raisons suivantes :

a) Les reproches qui ont pu être adressés à l'inspection actuelle tiennent, non pas à son organisation en elle-même, mais à l'insuffisance de son fonctionnement.

b) Dans le projet nouveau, l'inspection, au lieu d'être individuelle, permanente et locale, et de consacrer ainsi, en cas de négligence, une responsabilité précise et facile à mettre en cause, ne serait plus que collective, périodique et placée loin des établissements à surveiller, c'est-à-dire illusoire.

c) Les membres du Conseil d'hygiène n'étant pas rétribués, il serait difficile d'obtenir de leur part une surveillance active et vraiment efficace.

d) Le Conseil d'Etat a craint, également, que les médecins auxquels on confierait le service des indigents n'ayant plus le titre de médecins inspecteurs, et ne trouvant plus dans les avantages et la considération qui s'attachent à ce titre, une compensation aux charges et obligations résultant pour eux du temps et des soins gratuits qu'ils doivent donner aux malades pauvres, il ne se produisit des défaillances et que le service des indigents n'eût bientôt à en souffrir.

Dans ces conditions, le Conseil d'Etat, tout en reconnaissant que l'organisation actuelle pouvait laisser à désirer sur certains points, a pensé qu'elle était encore supérieure au système proposé, et il a rejeté, en conséquence, le projet soumis à son examen. Les choses restent donc jusqu'à nouvel ordre dans le *statu quo.*

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 29 *juillet au* 4 *août* 1888. — Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 1. — Rougeole, 20. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, Croup, 27. — Phthisie pulmonaire, 156. — Autres tuberculoses, 27. — Tumeurs cancéreuses et autres, 41.

Méningite, 19. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 32. — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 53.

Bronchite aiguë et chronique, 49. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 38.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 90.

Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 0.

Débilité congénitale, 20. — Sénilité, 19. — Suicides et autres morts violentes, 19. — Autres causes de mort, 140. — Causes inconnues, 1.

Nombre absolu de la semaine : 781. — Résultat de la semaine précédente : 824.

Le Propriétaire-Gérant: Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
…ecrosnier et Babé
Place
…e l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France.......... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer 20 fr.

…dresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome II. N° 95 Mardi 14 Août 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Un cas de névrite multiple chez une femme syphilitique et alcoolique. Traitement par l'électro-massage. Guérison complète (1).

Par le Dr Andrew Smart.
Premier interne à l'infirmerie royale d'Edimbourg.

La maladie à laquelle on donne actuellement le nom de névrite multiple fut d'abord décrite par M. Duménil, en 1864. Mais ce sujet resta peu connu jusqu'en 1876, époque où Eichhorst en rapporta un cas, sous le nom de névrite aiguë progressive, cas dans lequel il trouva une dégénérescence de la périphérie des nerfs sans altération du cerveau ou de la moelle. Trois ans après, Eisenlohr et Joffroy publièrent de nouvelles observations qui furent suivies des travaux de Leyden, en 1880, de ceux de Lancereaux et de Grainger Stewart l'année suivante. Ce dernier a rapporté trois cas très nets de cette affection ; dans l'un d'eux, l'autopsie montra que les nerfs seuls étaient malades et que le cerveau et la moelle étaient à peu près sains.

Les altérations anatomiques observées consistaient dans une atrophie plus ou moins complète des fibres nerveuses, avec épaississement du périnèvre et accumulation des cellules graisseuses entre les mailles ; en même temps, comme cela a été signalé par Leyden, il y a dépôt de pigment autour des vaisseaux, ce qui semble dénoter un état inflammatoire et hémorrhagique du tissu compris entre les fibres nerveuses, et, par le fait de la compression, amène leur atrophie.

La maladie décrite par ces observateurs est caractérisée par un ensemble de symptômes survenant simultanément ou dans un certain ordre et qui, jusqu'au jour où les faits cliniques et les examens anatomiques sont venus démontrer le contraire, paraissaient tirer leur origine de la moelle. Ces symptômes dans certains cas rappellent absolument ceux qui sont fournis par les maladies du cerveau ou de la moelle, ou des deux organes à la fois ; ils sont maintenant

(1) Communication à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg.

mieux connus et considérés comme pathognomoniques de certaines dégénérescences qui surviennent à la périphérie des nerfs et qui, si on n'y met obstacle, amènent l'abolition complète de leurs fonctions. Cette maladie se montre surtout chez les femmes de 30 à 50 ans.

Bien qu'on n'ait commencé à avoir une idée nette de cette maladie que lors de la publication des observations de Duménil en 1864, déjà, en 1822, le Dr Jackson de Boston avait appelé l'attention sur certains troubles du système nerveux reconnaissant pour cause l'alcoolisme et ayant des symptômes identiques à ceux qui caractérisent actuellement la névrite multiple. Les idées de Jackson avaient été perdues de vue jusqu'en 1849, époque où elles furent remises au jour par Huss, de Stockholm. Mais c'est seulement lors de la publication par le Dr Wilks d'observations de paralysie chez des buveurs, que l'attention des médecins fut directement attirée sur l'existence d'une maladie que l'on pouvait justement appeler paralysie alcoolique. Les cas de cette maladie qui ont depuis été publiés par des observateurs de différents pays tendent à confirmer les premières observations au point de vue des causes et des symptômes.

J'apporte la présente observation dans laquelle l'affection d'origine primitivement spécifique a été, sans aucun doute, aggravée par les habitudes d'intempérance de la malade, en partie à l'appui des idées déjà acceptées, en partie pour appeler l'attention sur l'influence des autres causes, dans la genèse de ces dégénérescences des nerfs périphériques qui se présentent à nous sous la forme d'une paralysie déterminée. Il est probable, sinon absolument certain, que avec une connaissance plus approfondie de certaines névroses dont la pathologie est encore très imparfaite, nous devons admettre l'action de plusieurs autres causes en outre de l'alcool et de la syphilis. Par exemple, la paralysie d'origine saturnine n'est-elle pas une névrite multiple ? Ne peut-on pas dire la même chose de toutes les formes d'empoisonnement métallique ? La paralysie diphthéritique n'est-elle pas une dégénérescence nerveuse périphérique due à un empoisonnement spécifique du sang ?

D'autre part, les troubles nerveux que l'on observe dans une période avancée du diabète sucré ne reconnaissent-ils pas la même cause, le glucose agissant dans ce cas comme agent toxique. La perte complète du réflexe rotulien, que l'on observe à une période avancée de cette maladie, est très probante, puisque l'absence du réflexe rotulien est le signe diagnostique le plus constant et le plus certain d'une névrite multiple. Ces faits permettent d'entrevoir un plus grand ensemble de causes que nous n'étions jusqu'ici habitués à en invoquer. D'autre part, ils tendent à montrer que la névrite périphérique multiple de dégénérescence peut être le substratum pa-

thologique commun à un grand nombre de désordres divers par lesquels ont peut expliquer les symptômes toxiques qui se développent pendant le cours de ces maladies.

La malade dont l'observation est rapportée ci-dessous fut admise à la salle 6 de l'infirmerie royale d'Edimbourg au mois de novembre 1887.

Antécédents. — C'est une veuve de 37 ans dont le mari est mort quelques mois avant son entrée à l'infirmerie. Elle est restée mariée pendant environ onze ans, et, pendant cette période, elle a eu cinq enfants et deux fausses-couches ; pendant tout le temps qu'elle est restée mariée, elle a souffert de ménorrhagie.

Quatre de ces cinq enfants sont morts en bas âge, le survivant, un fils de 10 ans, est d'une santé délicate.

A cause de la fréquence et de la longue durée de ces ménorrhagies elle a dû garder souvent le lit. En quittant le lit dans une de ces circonstances, son mari étant mort dans l'intervalle, elle éprouva quelques difficultés à marcher et, ayant visité le cimetière où son mari était enterré, après s'être agenouillée, en revenant chez elle, elle tomba en descendant de voiture et s'aperçut qu'elle ne pouvait plus ni marcher, ni se tenir debout.

Après avoir regagné sa maison, elle prit de nouveau le lit, elle ne fit que quelques tentatives pour sortir de chez elle et y resta jusqu'à ce qu'elle fut transportée à l'infirmerie. Elle nous expliqua alors que, en outre de la difficulté de la marche, deux mois avant son admission elle avait commencé à éprouver des sensations de froid et de faiblesse avec des fourmillements dans les jambes ; plus tard, des démangeaisons et des brûlures qui l'avaient fait beaucoup souffrir, ces douleurs revenant parfois avec des exacerbations. Elle nous dit qu'avant son entrée à l'infirmerie elle avait éprouvé des sensations semblables dans les mains et dans les pieds, mais sans douleur.

Etat à l'entrée. — Elle ne peut marcher ni se tenir debout, même avec l'assistance d'autres personnes, et, lorsqu'on fait quelques tentatives pour la mettre sur ses pieds, elle pousse de grands cris et se prend à pleurer. Au lit elle est couchée sur le côté, les genoux fléchis, les pieds étendus et les orteils recourbés sous la plante des pieds. En faisant beaucoup d'efforts qui paraissent douloureux, elle arrive à étendre les jambes, mais elle ne peut ni fléchir les pieds ni redresser les orteils. Une légère pression sur les nerfs tibiaux, spécialement sur le tibial antérieur, provoque l'expression d'une douleur vive. L'hyperesthésie cutanée est bien marquée dans la zone de distribution du nerf tibial antérieur, mais en dehors de cette zône elle devient irrégulière, et elle ne peut être facilement déterminée. Tout essai, même léger, de provoquer des mouvements passifs dans les jambes, est

suivi de douleurs musculaires qui paraissent fort vives; celles-ci sont surtout marquées au niveau des muscules du mollet. Ces douleurs nous ont souvent obligé de différer notre examen et de laisser la malade garder longtemps au lit la même position. A cause de l'émotion qu'elle éprouve quand nous approchons d'elle, nous ne pouvons fixer suffisamment son attention pour localiser ses impressions sensorielles et pour cette raison la sensibilité tactile cutanée ne peut être nettement définie.

Les muscles des jambes ne sont pas plus atrophiés qu'on ne doit s'attendre à les trouver après un repos de deux ou trois mois.

Il n'y a pas d'œdème. La sensibilité plantaire est défectueuse, mais lorsque à une période plus avancée on la mettait sur ses pieds, elle disait qu'elle sentait parfaitement le sol ; mais si pour un instant on la laissait dans cette position sans la soutenir, elle tombait par terre. Les réflexes du genou et du coude sont abolis. Les sphincters n'ont rien : la vessie et le rectum fonctionnent d'une façon normale. L'épreuve par l'électricité montre une faible réaction de dégénérescence. L'état mental est marqué par la perte de la mémoire, une émotivité très grande et des impatiences continuelles. Il n'y a ni délire, ni illusion, ni hallucination. Le sommeil est très bon et n'est troublé par aucun mauvais rêve.

Elle se plaint maintenant de froid aux mains avec la sensation de piqûres d'aiguilles ; elles les frotte constamment. La mobilité et la sensibilité tactile des mains sont défectueuses ; elle ne peut en rien s'en servir. Il y a une déformation commençante du poignet. La vision est normale, les pupilles se contractent pleinement sous l'influence de la lumière ou de l'accommodation ; il n'y a ni céphalalgie, ni strabisme, ni myosis, ni nystagmus.

Traitement et marche de la maladie. — Je n'étais pas, à l'époque où je dois remonter pour indiquer le traitement adopté, en possession de cette partie de l'histoire de la malade qui me porta par la suite à invoquer la cachexie syphilitique; la connaissance d'antécédents de ce genre, bien que n'affectant pas matériellement le cours de la maladie, m'aurait sans doute conduit à adopter un mode de traitement nettement spécifique. La mémoire de la malade, très défectueuse quant à ses antécédents, et l'absence de renseignements dignes de foi venant d'une source étrangère avaient été pour moi un grand désavantage. Ce fut seulement lorsque la guérison fut assurée que je fus certain que mes suppositions relativement à la syphilis étaient fondées. Le traitement adopté toutefois prouva avec succès qu'il ne fallait pas s'en tenir à l'expectation.

La malade fut privée de tout stimulant, même de thé et de café.

Son état d'anémie indiquait le besoin de fer qu'on lui donna en même temps que l'arsenic et le valérianate de strychnine. Mais le moyen dont j'attendais le plus, ce fut l'application du massage consistant d'abord en de légères frictions avec la main, selon ce que la malade pouvait supporter. Celle-ci résista d'abord et refusa tout mode de traitement, mais bientôt elle se soumit lorsqu'elle vit les bénéfices qu'elle retirait de cette méthode.

Plus tard je combinai l'électrolyse avec le massage au moyen d'un rouleau métallique qui s'ajustait facilement à une batterie en guise d'électrode ; de cette manière le rouleau pouvait être appliqué avec n'importe quel degré de pression et on le promenait facilement sur les membres paralysés, en combinant à la fois les courants faradiques et le massage. Cette manière de faire devint de jour en jour plus agréable pour la malade qui demandait qu'on appliquât un courant plus fort et une pression plus considérable. Dès le début du traitement, l'amélioration fut évidente et rapidement progressive ; elle était seulement retardée par la lenteur nécessaire de la régénération des nerfs qui certainement reprenaient en partie leur structure normale. Un autre retard résulta du degré de contracture des muscles du mollet causé par la faiblesse de leurs antagonistes habituels, les muscles de la région antérieure de la jambe.

En raison de cet état de choses, les premiers efforts de locomotion de la malade furent laborieux, les genoux étaient raides et les orteils courbés sous les pieds. La marche fut par suite affectée pour longtemps.

La malade marchait sur le bord externe des pieds qui étaient tenus largement écartés ; elle fixait constamment ses yeux sur le sol avec une certaine appréhension. Elle avait besoin de l'assistance d'une infirmière. Il n'y eut à aucun moment d'incoordination dans les mouvements. L'absence d'ataxie est un fait important en ce qu'elle sert à distinguer la névrite multiple de la femme de l'ataxie alcoolique que l'on rencontre parfois chez l'homme.

Elle sert en outre à différencier cette forme de paralysie de la paraplégie d'origine spinale. Après trois mois de traitement qui ne se passèrent pas sans beaucoup de découragement, la malade retrouva suffisamment l'usage de ses jambes pour pouvoir se promener seule dans un long corridor, recouvrant successivement la faculté de fléchir les pieds et d'étendre les orteils. Depuis deux mois déjà elle avait récupéré l'usage de ses mains. Après trois semaines encore passées à l'hôpital des convalescents, elle retourna chez elle où je la vis par la suite s'occupant de son ménage et s'améliorant constamment.

J'ai parlé tout à l'heure du diagnostic différentiel entre la paralysie

de la névrite périphérique et celle de la paraplégie spinale. Il peut être utile d'étendre la comparaison des symptômes à quelques autres maladies qui pourraient être confondues avec la névrite multiple.

1° D'abord il est nécessaire de la distinguer de la paraplégie hystérique; dans ce cas il est à peine nécessaire de faire plus que de rappeler que dans la névrite multiple le réflexe rotulien manque toujours tandis que dans l'hystérie pure il existe constamment.

2° Dans les paralysies d'origine cérébrale, les réflexes tendineux sont exagérés; il y a également une tendance à la rigidité musculaire et les réactions électriques ne subissent aucun changement.

3° Tandis que les symptômes pupillaires n'existent pas dans la névrite multiple, ils constituent au contraire le meilleur diagnostic de l'ataxie locomotrice d'origine spinale. Il y a en outre dans ce dernier cas l'incoordination qui est caractéristique. Il y a également l'absence de modification électrique.

4° La paralysie ascendante aiguë peut être distinguée par l'absence de tous phénomènes sensoriels. Les réactions électriques n'ont subi aucune modification.

5° La paralysie liée à la myélite s'accompagne de bonne heure d'eschares et de complications du côté de la vessie et de l'intestin qu'on ne retrouve pas dans la névrite multiple.

6° Dans la méningite spinale il y a une douleur très vive à nuque, la rétraction caractéristique de la tête et le tremblement musculaire.

7° Dans la paralysie de la poliomyélite, les muscles du tronc sont les premiers paralysés après ceux des jambes. Dans la névrite multiple, ce sont les muscles extenseurs de l'avant-bras qui se paralysent après ceux des jambes. Lorsque la paralysie dans la poliomyélite passe du tronc au bras elle attaque d'abord les muscles intrinsèques de la main. Les deux maladies se différencient en outre par l'absence de tout phénomène sensoriel dans la marche de la paralysie de la poliomyélite.

Pronostic. — Pour conclure, il est évident qu'un diagnostic précoce et attentif est de la plus haute importance et que les chances de guérison dans chaque cas dépendront de l'étendue des altérations pathologiques qui auront pu se faire dans les fibres nerveuses. La dégénérescence peut avoir atteint un degré où il est impossible d'espérer le retour du nerf à son état normal. Malgré cela il faudra dans chaque cas faire avec persévérance un traitement, non seulement avec l'espoir, mais avec la certitude d'empêcher l'extension de la maladie aux nerfs qui n'ont point encore été affectés. Il est à peine besoin de dire que lorsque l'alcool est la cause de la maladie,

sa suppression absolue est indispensable et qu'il faut de même écarter toutes les autres causes qui pourraient avoir le même résultat.

L'expérience que j'ai acquise des résultats donnés par le massage me porte à le recommander vivement en outre des médicaments et à le combiner comme je l'ai fait dans le cas actuel avec l'électricité faradique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 13 *juin.* — *Présidence de* M. FÈVRE.

La CORRESPONDANCE manuscrite comprend: 1° une lettre d'excuses du Dr Commenge; 2° une lettre du Dr Alexandre remerciant la société de l'avoir admis au nombre de ses membres; 3° une lettre de démission du Dr Châtelain ; 4° une demande d'admission du Dr Rollin présenté par les Drs Lecoconnier et Yvon (MM. Fèvre, Gibert, Barbillon rapporteur).

La correspondance imprimée comprend : la thèse du Dr Dussaud ; le bulletin statistique de Buenos-Ayres, la Revue médico-chirurgicale, le journal d'orthopédie (Dr Bilhaut).

La Société accepte la proposition suivante faite par le Dr Gibert au nom de la Commission pour le réglement du concours :

Envoyer aux journaux de médecine une note par laquelle tous les médecins du Bureau de bienfaisance seront priés d'envoyer, avant le 3 juillet, leurs observations sur les modifications à apporter au réglement du concours.

M. *Fèvre* lit une note sur le service pharmaceutique des Bureaux de bienfaisance, et conclut que, en présence des inconvénients du système actuel, il vaudrait mieux établir dans chaque arrondissement une ou plusieurs pharmacies municipales tenues par un pharmacien, les médicaments étant fournis par la pharmacie centrale des hôpitaux; la principale objection faite à ce système, ainsi qu'il résulte de la discussion à laquelle prennent part les Drs Barbillon, Guillier, Bilhaut, est la dépense qu'il nécessiterait, car, outre les appointements, il faudrait reconstituer un matériel déjà presque anéanti. M. Berrut croit que le mieux est de continuer à laisser les malades du Bureau se fournir chez les pharmaciens en cherchant à améliorer le service par la bonne volonté et le concours de tous.

M. *Yvon* demande que le Bulletin municipal officiel soit adressé aux nouveaux élus du Bureau de bienfaisance.

M. *Toledano* communique quelques faits relatifs aux revaccinations dans les écoles dont il est inspecteur, à l'aide du vaccin de gé-

nisse. Sur 300 enfants il y a eu 81 succès et la réussite a été plus marquée chez les enfants de 6 à 8 ans que chez ceux de 10 à 12 ans ; en 1880 dans les mêmes conditions cinquante pour cent de succès.

M. *Bilhaut* demande avec quel vaccin la première vaccination avait été faite (ce qu'ignore M. Toledano); il résulterait, en effet, de ses observations que l'immunité est de plus longue durée avec la vaccination jennérienne qu'avec la vaccination de génisse ; il cite même un cas où une personne réfractaire au vaccin de génisse, (pour une revaccination) a été revaccinée avec succès avec du vaccin d'un enfant vacciné lui-même à la génisse.

La séance est levée à dix heures.

Le secrétaire,
Dr Ch. Tissié.

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique d'antisepsie appliquée a la thérapeutique et a l'hygiène (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), par les Drs Le Gendre, Barette, Lepage (G. Steinheil, éditeur, Paris, 1888).

1re *Partie : Préliminaires, Généralités ; 2e partie : Antisepsie médicale*, par le Dr *P. Le Gendre.*

Publier en ce moment un traité d'antisepsie peut paraître prématuré à quelques personnes, pour l'antisepsie médicale tout au moins. L'antisepsie chirurgicale et l'antisepsie obstétricale ont en effet donné leurs preuves, et tout le monde, à de très rares exceptions près, est convaincu de leur efficacité. Aussi peut-on dès maintenant en formuler les règles avec une précision suffisante, d'après l'enseignement des chirurgiens et des accoucheurs les plus éminents des deux mondes. Mais en est-il de même de l'antisepsie médicale ? Certes, bien des faits sont encore douteux ou contradictoires, et cependant quelques conquêtes thérapeutiques ont déjà été réalisées par les maîtres qui ont courageusement ouvert cette voie. Aussi ne saurions-nous trop féliciter notre ami, le Dr P. Le Gendre, d'avoir franchement et avec le talent qu'il apporte à tout ce qu'il entreprend, abordé la tâche difficile de traiter de l'antisepsie médicale. La médecine antiseptique n'est-elle pas d'ailleurs la médecine de l'avenir ?

« Un médecin qui sait que la fièvre typhoïde et la tuberculose sont le produit des bacilles typhiques et tuberculeux, cesse de croire au fatalisme, à la spontanéité morbide, à l'auto-typhisation, à la diathèse sine materia. Ces mots qui nous donnaient il y a quelques années l'illusion de la science, nous ne les comprenons plus aujourd'hui, et au lieu de demander à l'empirisme le remède des maladies conta-

gieuses, nous le cherchons soit dans la destruction des germes pathogènes, soit dans le confert de l'immunité à l'organisme humain. »

Tel est, pour le professeur Grancher, le bénéfice que la thérapeutique médicale peut tirer de la connaissance des microbes. Aussi est-on en droit d'espérer avec lui que toutes les maladies seront un jour expliquées, soit par un microbe, soit par une formule chimique; la nosographie ne comprendra plus dès lors que deux catégories de maladies, les infections et les diathèses, et l'antisepsie sera l'un des deux pivots de la thérapeutique.

Quels sont les microbes pathogènes ? Quels sont les antiseptiques connus que nous puissions leur opposer, tel est l'objet de la première partie de ce traité, première partie confiée, ainsi que l'antisepsie médicale, au Dr P. Le Gendre.

L'antisepsie médicale proprement dite, c'est-à-dire l'application à la pathologie et à la clinique médicales de moyens prophylactiques et thérapeutiques analogues à ceux qui ont transformé à l'époque contemporaine la clinique et la pathologie chirurgicales et obstétricales, fait l'objet de la 2e partie, de beaucoup la plus considérable de ce volume. Elle comprend un certain nombre de chapitres suivant qu'il s'agit de l'antisepsie de tel ou tel organe. Aussi voyons-nous successivement étudiées l'antisepsie du tégument externe, l'antisepsie de la bouche et du pharynx, l'antisepsie des voies aériennes, l'antisepsie de l'appareil respiratoire, l'antisepsie du tube digestif, l'antisepsie des séreuses, l'antisepsie du milieu intérieur. Enfin, dans un court appendice, l'auteur étudie la prophylaxie des cas intérieurs de contagion dans les hôpitaux et quelques antiseptiques nouveaux tribromophénol, acide oxynaphtoïque, etc.

Tel est rapidement esquissé le plan de cet ouvrage dans lequel le lecteur trouvera non seulement les progrès réalisés, mais encore l'indication de la marche à suivre pour en réaliser de nouveaux.

Dr E. Deschamps.

VARIÉTÉS

La Faculté de médecine de Beyrouth.

La publication, en arabe, par le Dr de Brun d'un traité des maladies de l'appareil respiratoire, vient d'attirer l'attention sur la Faculté de médecine de Beyrouth, au sujet de laquelle nous sommes heureux de pouvoir donner quelques renseignements.

Il y a cinq ans, la plupart des médecins indigènes recevaient en Syrie une éducation médicale quelque peu incomplète, et, pour le moins, sujette à caution. Après avoir passé quatre ans à l'Ecole

de médecine américaine, fondée depuis quinze années à Beyrouth, ils allaient à Constantinople subir leurs examens définitifs avant d'exercer la médecine dans leur pays natal. Or, à l'Ecole de médecine américaine, les cours, après avoir été faits pendant un certain nombre d'années en arabe, la langue du pays, furent ensuite professés en anglais. C'était méconnaître d'une façon absolue et l'intérêt des élèves et les besoins des futurs médecins : l'intérêt des élèves, en ce sens que la Faculté de Constantinople n'admet que le Français ou le Turc comme langue parlée aux examens ; les besoins des futurs médecins, en ce sens qu'on leur apprenait une langue à peu près inconnue en Syrie, et qui leur deviendrait inutile le jour où ils voudraient exercer leur profession.

Non seulement cette inconséquence démontrait que l'Ecole américaine était une œuvre de propagande politique, mais encore elle établissait, pour sauvegarder les intérêts des praticiens, la nécessité d'une école nouvelle, s'inspirant simplement des besoins de ses élèves.

C'est alors que fut fondée la Faculté française de médecine de Beyrouth.

Il y a cinq ans que cette Faculté existe, et déjà nous pouvons nous rendre compte de ces résultats. Disons-le hautement, ils ont dépassé les espérances. Plusieurs élèves de cette école, venus récemment à Paris ont pu faire apprécier à leurs chefs de service l'excellente méthode d'instruction qu'on leur a donnée et les heureuses dispositions naturelles qui leur ont permis d'en profiter largement. Bientôt, nous l'espérons, la Syrie va être dotée de praticiens instruits et capables de faire face à toutes les éventualités de la profession médicale. C'est le but que poursuit, avec ardeur et sans relâche, notre Faculté de Beyrouth, à laquelle, nous en sommes convaincus, le Sultan éclairé, qui règne à Constantinople, ne saurait refuser sa haute protection.

Comme moyens matériels, l'Ecole de médecine française possède un outillage très complet, absolument en harmonie avec les nécessités du pays. Nous avons admiré, lors de notre passage à Beyrouth, le Musée d'anatomie où la quantité considérable des pièces en cire et des pièces sèches, où la profusion des grandes figures schématiques destinées aux cours, montrent la préoccupation constante du professeur de frapper les yeux et de faire comprendre. Aussi, est-ce avec un très grand succès que le professeur Nègre enseigne l'anatomie et son cours, extrêmement pratique et très clair, est très goûté des élèves.

Le Musée de dermatologie, les représentations en cire des maladies des yeux, la collection des bassins viciés, la collection des

instruments de chirurgie, les magnifiques herbiers que possède la Faculté et dont bien peu leur seraient comparables, le droguier, le Musée de minéralogie, tout cela très complet et admirablement tenu est en parfaite harmonie avec le Musée d'anatomie.

Nous avons visité avec beaucoup d'intérêt les cabinets de physique et de chimie, ainsi que les laboratoires, et nous avons pu constater que, si rien n'est épargné pour donner aux élèves un enseignement médical sérieux, on n'a pas négligé davantage ce qui a trait aux sciences accessoires.

La bibliothèque est montée sur un très grand pied. Nous y avons trouvé tous les ouvrages nécessaires non seulement à l'instruction des élèves, mais encore aux recherches bibliographiques les plus complètes. Nous y avons admiré une remarquable collection de journaux et de revues médicales, et nous applaudissons aux efforts que fait la Faculté de Beyrouth pour se tenir au courant des recherches les plus récentes,

C'est à l'hôpital français qne se fait l'enseignement clinique (1). Indépendemment des chambres affectées aux malades payants et des pavillons d'isolement pour les maladies épidémiques, l'hôpital français possède cinq salles et pourrait, au besoin, en ouvrir une sixième. Chaque salle peut contenir une quinzaine de tits. C'est plus qu'il n'en faut pour l'enseignement de la clinique, d'autant plus que les malades sont recrutés au dispensaire des sœurs de charité où se pressent tous les jours plus de 500 indigènes. Le choix est donc grand ; c'est assez dire que la variété ne manque pas. Comme annexe à l'hôpital, signalons un service de gynécologie, sorte de dispensaire, où les élèves apprennent, sous la direction du Dr Rouvier, tout ce qui a trait aux maladies des femmes. Signalons également l'existence d'une clinique ophthalmologique.

Enfin n'oublions pas de dire qu'une école de pharmacie a été établie parallèlement à la Faculté de médecine et que c'est un ancien chef de laboratoire de la Facultó de Lyon, M. Flavard, qui est chargé du cours de pharmacologie.

L'enseignement se fait en français, et nous pouvons affirmer que les professeurs sont à la hauteur de la tâche délicate qu'on leur a confiée. C'est un ancien interne des hôpitaux de Paris, dont le professeur Jaccoud avait fait son chef des travaux anatomiques au laboratoire de la Pitié, le Dr de Brun, qui est chargé d'enseigner la clinique et la pathologie internes. Nous sommes heureux de saisir de nouveau cette occasion pour rappeler que M. de Brun a su tenir haut

(1) Les professeurs de l'Ecole américaine font leurs leçons cliniques à l'hôpital prussien.

le drapeau de la médecine française, et que la très légitime notoriété qu'il s'est acquise en Syrie lui a permis de lutter avec succès contre la substitution, activement poursuivie en Orient, de la science étrangère à la science française.

Le Dr Hache, ancien interne des hôpitaux et aide d'anatomie à la Faculté de Paris, vient d'être nommé professeur de clinique et de pathologie externes. Nous adressons nos félicitations au nouveau professeur et à la Faculté qui a su se l'attacher. (*Bul. méd.*)

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Notre excellent confrère le Dr L.-H. Petit, bibliothécaire-adjoint à la Faculté de médecine, qui vient d'organiser avec un si légitime succès le Congrès pour l'étude de la tuberculose, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Le Conseil d'arrondissement de Sceaux a émis le vœu suivant :

Le Conseil, 1° Considérant que les instituteurs de la banlieue sont, en cas de maladie, obligés de faire constater leur état par un médecin habitant Paris ;

2° Considérant que, par suite, ce médecin ne peut répondre rapidement à toutes les demandes qui lui sont adressées, et qu'il en résulte dans la pratique de nombreux inconvénients ;

3° Considérant qu'il est fort difficile à ce médecin habitant Paris de se transporter dans les communes les plus éloignées ;

4° Considérant qu'en fait, ce sont généralement des médecins-inspecteurs qui font les constatations médicales, et ce, sans réclamer de rétributions spéciales, et que les fonctions des médecins titulaires sont des sinécures ;

Considérant que l'Administration, en faisant valoir les charges que le budget départemental aurait à subir de la mesure réclamée, paraît être dans l'erreur, car le service, que ne font pas les médecins du personnel, pourrait être fait gratuitement par les médecins-inspecteurs.

Renouvelle le vœu :

Que dans chaque circonscription les médecins-inspecteurs des écoles soient chargés des constatations médicales intéressant le personnel,

Et que la sinécure des médecins titulaires soit supprimée.

AVIS. — Les ateliers de l'imprimerie étant fermés le mercredi 15 Août le prochain numéro ne paraîtra que le samedi 18 Août.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 96. SAMEDI 18 AOUT 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

seur *Petresco* (Bucarest). *La Bryonia alba*, dont les caractères sont distinctifs de la *bryonia dioïca*, produit, lorsqu'elle est administrée à des animaux, une contraction des vaisseaux capillaires qui peut aller jusqu'à l'arrêt de la circulation.

Nous avons fait des applications cliniques sur des cas d'hémorrhagie de différentes sources, (métrorragies post-puerpérales); nous avons obtenu les meilleurs résultats.

La dose ordinaire est de 20, 25, 30 grammes de racine sèche pour 300 grammes d'eau.

En faisant l'analyse de cette racine, M. Urbéano a trouvé plusieurs principes résineux et glycosidiques en extraits alcooliques et aqueux. Le glycoside a donné l'action la plus énergique; nous lui avons donné le nom de *bréïne* du nom populaire *breï* que porte la Bryonia alba, en Roumanie. Avec 20 centigrammes du glycoside dans 1 gramme d'eau pour les lapins, avec 10 centigrammes pour les grenouilles, nous avons obtenu les mêmes résultats.

On peut donc ranger la bryonia alba parmi les meilleurs médicaments antihémorragiques.

Traitement de la pneumonie par la digitale a hautes doses. *M. Pétresco*. — J'ai eu l'occasion d'observer pendant ces derniers temps un nombre considérable de pneumonies franches que j'ai traitées avec un succès complet par l'administration de 4 grammes de feuilles de digitale en infusion. Déjà, depuis 1883, je n'emploie plus contre la pneumonie que l'infusion préparée de 4 grammes de feuilles de digitale pour 200 grammes d'eau et 40 grammes de sirop simple; à prendre chaque demi-heure par cuillerée à bouche.

En général la maladie est jugulée en trois jours. La fièvre et tous les phénomènes physiques tant locaux que généraux ont disparu par enchantement. Avec ce mode de traitement la mortalité de la pneumonie a été réduite à 1,22 p. 100, tandis que toutes les statistiques donnent une mortalité de 7,15, et même 30 p. 100.

J'ai fait une étude comparative entre le traitement par la digitale, et le traitement expectatif par l'alcool à hautes doses. Dans ce dernier cas, la pneumonie n'était en rien modifiée dans sa marche.

Dans les pneumonies compliquées je n'ai pas obtenu des résultats aussi complets. Le chlorhydrate de caféine et l'extrait de convallaria maïalis administrés à la dose de 2 grammes, pendant quinze jours, m'ont donné de meilleurs résultats.

Malgré ces hautes doses de digitale, je n'ai jamais rencontré d'effets toxiques. Cette tolérance, cette non toxicité sont prouvées d'une manière incontestable, par le nombre de 577 observations publiées dans mon traité de thérapeutique.

La séance est levée à 4 heures et demie.

35e Année. — Tome II. N° 96 Samedi 18 Août 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Travaux originaux : Du l'ostéomyélite chronique d'emblée, par le Dr F. Verchère. — Comptes rendus analytiques des Sociétés savantes : Académie de médecine, séance du 14 août 1888. — Bibliographie. — Nouvelles.

De l'ostéomyélite chronique d'emblée,

Par le Dr F. Verchère,
Ancien chef de clinique de la Faculté.

L'ostéomyélite chronique d'emblée décrite par M. le professeur Trélat dans la thèse du Dr Demoulin est caractérisée (anatomiquement) par une nécrose « éburnée portant sur la diaphyse des os longs ; par la présence d'un os périostique nouveau, qui recouvre l'os mort ; quelquefois par des fractures spontanées ».

« Le nécrose est dure à l'ostéite condensante, le séquestre est toléré comme un corps étranger aseptique par l'os périostique nouveau ; il n'y a pas de bourgeons charnus, pas de pus entre l'os mort et l'os vivant ».

Lorsqu'on fait la coupe d'un os atteint d'ostéomyélite chronique d'emblée on peut trouver les désordres les plus accentués.

« Elle amène : 1° L'ossification de la moelle contenue dans les canaux de Havers ; d'où éburnation de l'os ancien.

« 2° L'ossification de la moelle sous périostique, d'où hyperostose.

« 3° L'ossification de la moelle du canal médullaire, d'où oblitération du canal médullaire ».

Toutes lésions qu'on a coutume de rencontrer dans l'ostéomyélite prolongée. Ajoutons que « dans l'ostéomyélite chronique d'emblée les séquestres sont tolérés par l'os nouveau fort longtemps et peuvent être probablement d'une façon indéfinie ». Nous verrons en représentant la physiologie pathologique de cette forme de l'ostéomyélite comment on peut expliquer ce fait.

Etiologie. — L'ostéomyélite chronique d'emblée peut être spontanée, mais le plus souvent elle est traumatique. — Spontanée elle est dans les observations sur lesquelles M. Demoulin appelle l'attention d'une façon particulière (lettre à la *France médicale* du 9 août 1888), apparue à l'âge où les os sont encore en voie de développement (Obs. III, 13 ans) (Obs. II, 20 ans) Obs. IV. 17 ans). — Trau-

matique elle peut se montrer à tout âge. — Le plus souvent dans ce dernier cas on a affaire à un traumatisme direct. (Coup sur le tibia Obs. V), parfois à un traumatisme indirect analogue à celui que les anciens admettaient comme causant le décollement de la moelle des os. (Obs. I. Chute sur les pieds). — Enfin, et ici nous ne pouvions faire rentrer ces faits dans l'histoire de l'ostéomyélite, on a pu voir s'établir des suppurations osseuses *sans réaction générale* dans la convalescence de la fièvre typhoïde (Obs. VII, Obs. VIII) dans l'infection purulente (Obs. VI); c'est encore à tout âge que peuvent apparaître les localisations d'une affection générale.

De cette étiologie il nous est possible de nous demander quelle est la nature de cette ostéomyélite d'emblée. Est-il besoin de faire rentrer dans le même cadre l'ostéomyélite de la fièvre typhoïde, de l'infection purulente, l'ostéomyélite traumatique et l'ostéomyélite d'emblée. Nous ne le pensons pas. Et ce serait établir là une confusion contre laquelle nous nous élevons avec énergie, craignant de voir revenir, ainsi que nous le disions dans l'analyse que nous avons publiée du travail de M. Demoulin « le chaos dans lequel nous débutions, il y a quelque quinze ans, au milieu de la nécrose, de la carie, de l'ostéite, etc ». M. Demoulin du reste partage cette opinion quand il dit « qu'il a tenu à grouper tous ces faits à propos de l'étiologie » pour montrer que sous leur influence l'ostéomyélite peut se montrer *atténuée, sans réaction violente.* — « *Ce serait là, ajoute-t-il, de l'ostéomyélite prolongée si l'on veut, mais en tous cas elle devrait conserver son nom d'ostéomyélite chronique d'emblée* ».

Un nouveau nom, utile, expressif et pittoresque, mais désignant toujours la même affection l'*ostéomyélite*, ayant revêtu une forme particulière, « chapitre additionnel à l'histoire de l'ostéomyélite prolongée. »

Nous restons donc en présence de deux variétés d'ostéomyélite chronique d'emblée : spontanée et traumatique. La physiologie pathologique de cette affection nous montrera peut-être la raison d'être de l'évolution spéciale imprimée à l'ostéomyélite par le traumatisme. Celui-ci détermine toujours, du moins dans les observations de M. Demoulin, qui nous sert de guide pour cette description de l'ostéomyélite chronique d'emblée, une lésion osseuse *sous-cutanée*. Il est donc naturel de comprendre comment sont absents les éléments qui peuvent amener les phénomènes réactionnels propres à l'infection. Ce traumatisme détermine sur l'os, âgé ou adolescent, *une irritation* (je cherche à me faire comprendre) aseptique. Il joue le même rôle que les chevilles d'ivoire enfoncées dans un os sain, il joue le même rôle que les greffes osseuses aseptiques, il irrite l'os mais ne l'infecte pas.

L'os réagit *comme il peut, il fait de l'os*; cet os constitue l'hyperostose, l'os nouveau. « L'inflammation lente amène l'ostéite productive. » L'os ancien est bientôt réduit à l'état de séquestre aseptique, il est le résultat d'une mortification *lente* par absence d'apport nutritif, par rétrécissement des canaux de Havers, par obstruction complète de ceux-ci. Il y a arrêt de la circulation capillaire des os. Le séquestre formé peut être toléré pendant de longues années, n'amener aucune réaction. Cela se comprend facilement, aucun élément infectieux n'est à son niveau, il joue le rôle de corps étranger; s'il est petit en temps que corps organique, il pourra se résorber; s'il est volumineux, il pourra subsister ou à un moment donné déterminer une exulcération du tégument puis des fistules.

L'absence de tout élément septique au niveau d'un os atteint d'ostéomyélite traumatique explique surabondamment le mode d'évolution spécial de cette *ostéite* et doit nous la faire *au point de vue de sa nature* rejeter bien loin de l'ostéomyélite spontanée, que celle-ci soit aiguë, prolongée, ou chronique d'emblée.

M. Demoulin avait si bien compris cette distinction qu'il a soin de nous laisser entrevoir sa pensée lorsqu'il écrit : « La théorie de la nécrose aseptique trouve un sérieux appui dans un fait qu'il nous est donné d'observer bien souvent. On sait combien autrefois les fractures ouvertes avec esquilles étaient lentes à guérir, ce n'était qu'au prix d'une longue suppuration accompagnée de l'élimination de pareilles osseuses plus ou moins nombreuses. Or, aujourd'hui, ces *mêmes fractures* pansées antiseptiquement guérissent facilement et les esquilles sont tolérées, enkystées par l'os nouveau, sans qu'il y ait suppuration; les plus petites sont probablement résorbées. »

L'ostéomyélite, en effet, je voudrais dire l'ostéite traumatique avec plaie, se conduit tout différemment, si l'antisepsie n'a pas été complète; elle rentrerait alors dans le cadre de l'ostéomyélite aiguë pour M. Demoulin puisqu'il veut faire rentrer dans le cadre de l'ostéomyélite chronique l'ostéite chronique traumatique. Or il y a entre l'ostéomyélite spontanée, l'ostéomyélite de Lannelongue et l'ostéite traumatique (aiguë avec plaie, ou état général antérieur, chronique par irritation aseptique) la même différence qu'il y a entre une plaie simple et une inoculation septique.

J'ai été étonné de ne pas voir dans la description de l'ostéomyélite chronique, envisagée ainsi avec tant de largeur, une forme d'ostéite chronique, d'irritation proliférative des os, bien connue et qui rentrerait dans ce cadre au même titre que l'ostéomyélite traumatique. C'est celle que l'on trouve au-dessous des vieux ulcères de jambe. Même augmentation en massue du tibia, du péroné, même déformation, même irrégularité de l'os ancien, mêmes douleurs, même

marche lente et insidieuse, enfin même aspect anatomo-pathologique, au point que sur l'examen de pièces présentées à la Société de chirurgie, il fut impossible à M. Lannelongue et à M. Reclus de se mettre d'accord sur la nature de l'affection qui avait déterminé les lésions osseuses. N'est-ce pas aussi de l'ostéomyélite chronique d'emblée telle que M. Demoulin la voudrait voir être acceptée dans sa lettre du 9 août (mais qu'il a eu le grand soin de ne pas étudier dans sa thèse).

J'arrive enfin à la seule modalité clinique à laquelle puisse, suivant moi, s'appliquer la dénomination indiscutée d'ostéomyélite, la seule que M. Demoulin ait, d'après sa thèse, voulu mettre en lumière. Sans entrer dans la discussion microbiologique, il semble à peu près démontré que l'ostéomyélite est due à la présence d'un micro-organisme, le streptococcus aureus. Les travaux de Pasteur et Lannelongue, de Rodet (de Lyon), de Rosenbach semblent avoir mis ce fait en lumière. Bien plus dernièrement M. Lannelongue cherchait à montrer comment il a pu dans nombre de cas retrouver la porte d'entrée du micro-organisme. M. Verneuil dans sa communication à l'Académie de médecine, dans la thèse de Joubert sur le parasitisme latent retrouvait ce micro-organisme dans des collections d'ostéomyélite prolongée, silencieuses depuis plus de vingt-cinq ans. — Or n'est-il pas permis de penser que ce micro-organisme est la caractéristique même de l'ostéomyélite. J'ajoute que ce micro-organisme accentue au point de vue pathogénique la différence sur laquelle j'ai déjà insisté entre l'ostéomyélite vraie et les ostéites de la fièvre typhoïde, de l'infection purulente, etc.

Si nous examinons les faits publiés par M. Demoulin pour démontrer l'existence « *chez des individus chez lesquels la croissance est terminée depuis longtemps* » de cette ostéomyélite vraie, nous sommes forcés de ne pas trouver de faits convainquants.

Est-ce l'observation de Morvant Baker ayant trait à un homme âgé de 20 ans et dont la lésion siégeait sur le fémur, c'est-à-dire sur un os à soudure tardive. Est-ce l'observation de Broca (obs. III) ayant trait à un malade de 29 ans, mais dont l'affection avait débuté à l'âge de 13 ans, et au sujet de laquelle M. Broca ajoute des réflexions qui montrent combien la confusion peut encore être facilement faite, si l'on se contente de se placer au point de vue clinique pour juger de la nature d'une affection.

« Le point, dit-il, sur lequel je désire surtout insister, c'est l'évolution constamment chronique de la maladie. M. Trélat vient de faire au Congrès français de chirurgie une communication sur les formes lentes de l'ostéomyélite, il y a là un type bien distinct de l'ostéomyélite aiguë rapidement suppurée, aujourd'hui bien connue. »

Nous laissons la parole à M. Demoulin qui montre quelle grosse erreur commettait M. Broca. — « Depuis la publication de cette observation si intéressante, M. Franson, élève de M. le professeur Trélat, a montré dans sa thèse que l'ostéomyélite insidieuse n'était autre que le premier stade de la tuberculose osseuse. » — Aussi retenons-nous avec M. Demoulin l'observation de Broca comme un cas d'ostéomyélite vraie en laissant de côté les réflexions erronées qu'elle lui a suggérées. Nous tenions néanmoins à montrer comment il est dangereux d'obscurcir une question sur laquelle on peut encore commettre de telles erreurs. La IVe observation citée par M. Demoulin a trait à un jeune homme de 17 ans. Ainsi donc trois observations, et toutes trois ayant trait à des jeunes gens. Pour première conclusion je crois donc qu'il est difficile d'admettre le premier fait qu'a voulu mettre en lumière M. Demoulin et qu'il signale dans sa lettre du 9 août à savoir « que l'ostéomyélite chronique d'emblée peut s'observer à une période où la croissance est terminée depuis longtemps. » Tout au moins ne nous en donne-t-il pas d'observation.

Les symptômes de l'ostéomyélite chronique d'emblée sont ceux que l'on trouve dans l'ostéomyélite prolongée. Douleurs nocturnes, localisées, puis gonflement plus ou moins rapide. Enfin dans certains cas fracture spontanée. Si l'affection dure depuis longtemps, la suppuration peut apparaître, s'accompagnant alors de fistules conduisant sur un os dénudé, parfois sain en apparence à la surface. Le malade de Broca que nous avons pu examiner, étant alors chef de clinique dans le service où M. Broca était interne, présentait le type le plus complet de l'ostéomyélite prolongée. Tout le pourtour du grand trochanter était creusé de fistules, suppurant assez abondamment, des décollements, des clapiers, enfin après incision on trouva un séquestre qu'il fut facile d'enlever.

Ces symptômes ont, dans les cas publiés, débuté longtemps avant que le malade se présente au chirurgien et ce n'est qu'au moment où l'ostéomyélite subit une tension plus aiguë qu'ils viennent demander les secours de la chirurgie.

De ces faits nous pouvons conclure que l'ostéomyélite peut, dans certains cas très rares, prendre une marche chronique d'emblée, qu'elle présente d'emblée les symptômes qu'elle ne présente d'ordinaire qu'à la fin de son évolution. — C'est l'ostéomyélite classique de laquelle se trouve retranchée la période dramatique du début.

Mais faut-il en faire une entité morbide et faut-il détacher son histoire de celle de l'ostéomyélite telle qu'on doit la concevoir au point de vue anatomo-pathologique, clinique et microbiologique ? Nous ne le pensons pas.

Une comparaison. — La syphilis, maladie infectieuse par excellence, à évolution fatale, constante, présente un accident primitif, des accidents secondaires, des accidents tertiaires.

Le premier peut passer inaperçu, le second faire défaut, le troisième seul attire l'attention. On ne sera pas autorisé à décrire une syphilis tertiaire d'emblée. C'est la syphilis tertiaire, mais il ne viendra à l'idée de personne de distraire le fait anormal du cadre de la syphilis. De même l'ostéomyélite présente une porte d'entrée, les accidents dramatiques aigus, puis les lésions tertiaires de l'ostéomyélite prolongée. Il ne *doit pas venir* à l'idée si la porte d'entrée reste inconnue, si les accidents aigus n'apparaissent pas, si les lésions chroniques de la troisième période se montrent, de faire de cette évolution spéciale une affection différente. C'est une modification dans l'ordre établi, c'est une exception ; c'est une marche particulière affectée par l'ostéomyélite ; mais elle n'en reste pas moins une, identique à elle-même au point de vue de sa nature, comme au point de vue des lésions qu'elle détermine. Disons qu'elle ne présente pas toujours les mêmes aspects cliniques, que cette évolution particulière peut entraîner des erreurs de diagnostic, qu'il peut être extrêmement difficile, si l'on n'est prévenu, de la distinguer de l'ostéosarcome, mais laissons-lui son identité, sa personnalité. Le diagnostic est fait de main de maître dans la thèse de M. Demoulin et je n'y insiste pas. Il suffira, si l'on ne veut lire et on aurait tort de ne pas le faire, le travail de M. Demoulin, de se reporter à l'analyse que j'en ai faite dans ce journal même.

Qu'il me soit permis, afin de bien énoncer ma pensée, de mettre ici les conclusions à tirer de cet article.

Certaines ostéites traumatiques, ou survenues à la suite de la fièvre typhoïde, de l'infection purulente, peuvent prendre dès leur apparition une marche chronique, amener des lésions identiques à celles que l'on trouve dans l'ostéomyélite prolongée, mais doivent être soigneusement distinguées de celle-ci. Elles peuvent se montrer à tout âge, sont aseptiques ou causées par des micro-organismes distincts de celui qui est propre à l'ostéomyélite.

Certaines lésions chroniques des os, telles que celles que l'on trouve au-dessous des ulcères de jambe invétérés, peuvent revêtir un aspect identique à celui que présente l'ostéomyélite prolongée, mais doivent être complètement rejetées du cadre de l'ostéomyélite.

Enfin l'ostéomyélite chronique d'emblée est une forme clinique particulière de l'ostéomyélite et forme un chapitre additionnel nouveau à l'histoire de l'ostéomyélite. Sa nature, son anatomie pathologique, sa physiologie pathologique, ses symptômes sont ceux de l'ostéomyélite prolongée. Mais sa marche, sur laquelle M. le profes-

seur Trélat a le premier appelé l'attention, peut revêtir un aspect tel qu'il est parfois fort difficile de la distinguer de l'ostéosarcome, et de la distinguer de la marche classique ordinaire décrite par M. Lannelongue en ce que toute la première période, l'attaque aiguë primitive, n'a pas existé ou n'a pas été suffisamment accentuée pour être remarquée.

P. S. Mon cher Rédacteur en chef. — L'article que je vous envoie est une réponse à la lettre que vous avez publiée du Dr Demoulin au sujet de l'analyse que j'avais faite de son travail. D'après l'article que je vous envoie vous pouvez voir que je n'ai pas changé d'opinion à son égard. Je me fais un plaisir de faire connaitre à vos lecteurs l'histoire de l'ostéomyélite chronique d'emblée telle que je l'ai trouvée dans son travail original.

Tous les passages placés entre guillemets sont pris textuellement dans la thèse du Dr Demoulin. J'espère que le résumé que j'en ai fait encouragera vos lecteurs à lire cette étude intéressante.

Dr Verchère.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 *août* 1888. — *Présidence de* M. Hérard.

La correspondance comprend : 1° un rapport manuscrit de M. le Dr Bobrie, de Coyes (Charente-Inférieure) sur les vaccinations qu'il a pratiquées de 1882 à 1887 ; 2° un mémoire manuscrit de M. le Dr Driard, de Moret-sur-Loing (Seine-et-Marne) sur l'influence de l'alimentation sur la mortalité des enfants du premier âge.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente de la part de M. le Dr Dubrandy d'Hyères, un travail manuscrit ayant pour titre : Contribution à l'étude de l'empoisonnement chronique par l'arsenic.

Hypnotisme. — M. *Laborde* adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il critique les expériences rapportées par M. Luys dans la dernière séance sur l'action des médicaments chez les sujets hypnotisés. C'est aujourd'hui un véritable axiome expérimental que toute substance toxique ou médicamenteuse n'exerce son action sur l'organisme vivant qu'à la condition expresse d'arriver au contact des éléments anatomiques et de les impressionner de façon à produire des modifications fonctionnelles dans lesquelles s'exprime objectivement et symptomatologiquement l'action dont il s'agit.

Hygiène des jeunes mères et des nouveau-nés. — M. *de Villiers* fait un rapport sur une lettre de M. le Dr Haro qui propose d'ajouter aux livrets de famille délivrés par les mairies aux nouveaux mariés, non seulement des conseils hygiéniques pour la première enfance,

mais aussi des conseils aux femmes enceintes et aux femmes en couches. M. de Villiers termine par les conclusions suivantes :

1° L'idée du Dr Haro d'ajouter aux livrets de famille des conseils hygiéniques pour l'élevage des enfants du premier âge est bonne, mais elle n'est pas nouvelle, car elle a été mise en pratique par d'autres mairies que celle de Montpellier ; ces conseils devraient en outre être conformes à ceux que l'Académie a adoptés et qui sont en usage presque partout.

2° Il serait utile que ces conseils fussent imprimés sur les livrets de famille et sur les actes de naissances, en y ajoutant les principaux articles de la loi de protection de l'enfance,

3° Cette mesure devrait être adoptée d'une façon générale et uniforme, afin de lutter contre la distribution dans les mairies de conseils servant de prospectus à des industriels,

4° La publication dans le livret de famille de conseils hygiéniques aux femmes enceintes et accouchées est hors de propos.

DES ANÉVRYSMES DE L'AORTE. — M. *Dujardin-Beaumetz* lit, au nom de M. *le professeur Germain Sée*, un travail sur ce sujet.

M. *G. Sée*, depuis un quart de siècle, a vu dans sa pratique 24 anévrysmatiques qu'il a suivis pendant plusieurs années, laissant de côté plus de cent malades de passage. Un premier fait l'a particulièrement frappé surtout depuis la découverte du bacille, c'est que les anévrysmatiques deviennent très souvent tuberculeux. M. Sée rapporte à l'appui de cette opinion divers faits antérieurs ou postérieurs à la découverte du bacille. Il recherche la pathogénie des tubercules chez les anévrysmatiques et il résume ainsi la question : trop d'oxygène nuit aux bacilles, peu d'oxygène favorise leur développement.

Il explique ainsi la multiplication du bacille, mais il reste à savoir pourquoi et comment le bacille pénètre dans les poumons des anévrysmatiques de tout âge. Dans ces derniers temps on a prouvé que les endocardites ulcéreuses ou même végétantes sont toutes d'origine *microbique* ; l'analogie entre l'endocarde et l'endoartère permet de croire à l'existence d'endoartérite microbique ; peut-être les lésions ulcéreuses qui frappent les membranes interne et moyenne des artères devenues anévrysmatiques sont-elles l'effet d'un bacille ? Cela expliquerait facilement comment le bacille né dans la paroi anévrysmatique se propage au poumon et s'y multiplie par suite de circonstances favorables dues à l'oxygénation imparfaite de l'air dans les alvéoles pulmonaires. Aussi M. Sée condamne toutes les opérations faites sur les anévrysmes de l'aorte ; la médication iodurée seule peut opérer quelque changement dans la marche de l'anévrysme et ce moyen de traitement n'a rien que d'avantageux sur les tubercules, surtout lorsqu'ils ont une tendance à la chronicité apyrétique

M. Sée étudie d'abord la marche des anévrysmes simples pour mieux comprendre l'effet des diverses formes de traitement; puis il étudie l'action physiologique de l'iodure de potassium, le mode d'action de l'iode ou des iodures, l'interprétation des effets thérapeutiques des iodures; leur action hyperémiante, l'action oxydante et trophique de l'iode.

M. Sée prescrit ordinairement 2 grammes d'iodure par jour; il est important de prendre le médicament au commencement des repas, non pas avant, en répartissant la dose sur les trois repas. Il étudie la valeur comparative de l'iodure de potassium et de l'iodure de sodium, et il continue à donner la préférence au premier; du moins l'iodure de potassium a certains avantages sur l'iodure de sodium et cela par son action favorable sur le cœur; les deux sels ont identiquement les mêmes inconvénients au point de vue de l'iodisme bénin ou grave.

A l'iodothérapie, M. Sée donne un complément, l'antipyrine. Sur douze malades encore en traitement, il a observé les faits suivants : 1° les douleurs sus et sous-claviculaires ordinairement si persistantes, cessent ainsi que les irradiations douloureuses avec ou sans engourdissement dans les nerfs du bras droit; 2° en même temps les douleurs précordiales, sus-cardiaques et même les sensations d'angor pectoris disparaissent comme par enchantement; 3° l'antipyrine modifie très favorablement la dyspnée et enfin elle a une action calmante sur le cœur.

M. Sée termine ainsi : l'iodure et l'antipyrine sont les vrais et seuls moyens curatifs de l'anévrysme.

M. *Dujardin-Beaumetz*. M. G. Sée vante l'utilité de l'antipyrine dans les anévrysmes, mais il croit que la phénacétine ne peut pas donner les mêmes résultats.

Il faudrait d'abord démontrer que l'antipyrine est toujours inoffensive, ce qui n'est pas; car donnée par n'importe qui, l'antipyrine provoque toujours des éruptions au bout de quelque temps. Nous avons abandonné l'acétanilide à cause de la coloration bleue qu'elle provoquait. Pour la phénacétine au contraire nous n'avons pas encore trouvé la dose toxique; d'autre part c'est un médicament facile à préparer, avec une formule chimique bien déterminée, et d'un prix peu élevé. Ce médicament n'a qu'un inconvénient, c'est qu'il est très peu soluble.

LA ROUGEOLE DANS LES MILIEUX OU SE TROUVENT DE TRÈS JEUNES ENFANTS, SALLES D'ASILE OU CRÈCHES. — M. *Aug. Ollivier* appelle l'attention sur la nécessité d'éloigner le plus tôt possible des crèches et des salles d'asile les enfants qui paraissent atteints de rougeole.

ACTION ANTIHÉMORRHAGIQUE DE LA *BRYONIA ALBA*. — M. le profes-

matique elle peut se montrer à tout âge. — Le plus souvent dans ce dernier cas on a affaire à un traumatisme direct. (Coup sur le tibia Obs. V), parfois à un traumatisme indirect analogue à celui que les anciens admettaient comme causant le décollement de la moelle des os. (Obs. I. Chute sur les pieds). — Enfin, et ici nous ne pouvions faire rentrer ces faits dans l'histoire de l'ostéomyélite, on a pu voir s'établir des suppurations osseuses *sans réaction générale* dans la convalescence de la fièvre typhoïde (Obs. VII, Obs. VIII) dans l'infection purulente (Obs. VI); c'est encore à tout âge que peuvent apparaître les localisations d'une affection générale.

De cette étiologie il nous est possible de nous demander quelle est la nature de cette ostéomyélite d'emblée. Est-il besoin de faire rentrer dans le même cadre l'ostéomyélite de la fièvre typhoïde, de l'infection purulente, l'ostéomyélite traumatique et l'ostéomyélite d'emblée. Nous ne le pensons pas. Et ce serait établir là une confusion contre laquelle nous nous élevons avec énergie, craignant de voir revenir, ainsi que nous le disions dans l'analyse que nous avons publiée du travail de M. Demoulin « le chaos dans lequel nous débutions, il y a quelque quinze ans, au milieu de la nécrose, de la carie, de l'ostéite, etc ». M. Demoulin du reste partage cette opinion quand il dit « qu'il a tenu à grouper tous ces faits à propos de l'étiologie » pour montrer que sous leur influence l'ostéomyélite peut se montrer *atténuée, sans réaction violente*. — « *Ce serait là, ajoute-t-il, de l'ostéomyélite prolongée si l'on veut, mais en tous cas elle devrait conserver son nom d'ostéomyélite chronique d'emblée* ».

Un nouveau nom, utile, expressif et pittoresque, mais désignant toujours la même affection l'*ostéomyélite*, ayant revêtu une forme particulière, « chapitre additionnel à l'histoire de l'ostéomyélite prolongée. »

Nous restons donc en présence de deux variétés d'ostéomyélite chronique d'emblée : spontanée et traumatique. La physiologie pathologique de cette affection nous montrera peut-être la raison d'être de l'évolution spéciale imprimée à l'ostéomyélite par le traumatisme. Celui-ci détermine toujours, du moins dans les observations de M. Demoulin, qui nous sert de guide pour cette description de l'ostéomyélite chronique d'emblée, une lésion osseuse *sous-cutanée*. Il est donc naturel de comprendre comment sont absents les éléments qui peuvent amener les phénomènes réactionnels propres à l'infection. Ce traumatisme détermine sur l'os, âgé ou adolescent, *une irritation* (je cherche à me faire comprendre) aseptique. Il joue le même rôle que les chevilles d'ivoire enfoncées dans un os sain, il joue le même rôle que les greffes osseuses aseptiques, il irrite l'os mais ne l'infecte pas.

L'os réagit *comme il peut, il fait de l'os*; cet os constitue l'hyperostose, l'os nouveau. « L'inflammation lente amène l'ostéite productive. » L'os ancien est bientôt réduit à l'état de séquestre aseptique, il est le résultat d'une mortification *lente* par absence d'apport nutritif, par rétrécissement des canaux de Havers, par obstruction complète de ceux-ci. Il y a arrêt de la circulation capillaire des os. Le séquestre formé peut être toléré pendant de longues années, n'amener aucune réaction. Cela se comprend facilement, aucun élément infectieux n'est à son niveau, il joue le rôle de corps étranger; s'il est petit en temps que corps organique, il pourra se résorber; s'il est volumineux, il pourra subsister ou à un moment donné déterminer une exulcération du tégument puis des fistules.

L'absence de tout élément septique au niveau d'un os atteint *d'ostéomyélite traumatique* explique surabondamment le mode d'évolution spécial de cette *ostéite* et doit nous la faire *au point de vue de sa nature* rejeter bien loin de l'ostéomyélite spontanée, que celle-ci soit aiguë, prolongée, ou chronique d'emblée.

M. Demoulin avait si bien compris cette distinction qu'il a soin de nous laisser entrevoir sa pensée lorsqu'il écrit : « La théorie de la nécrose aseptique trouve un sérieux appui dans un fait qu'il nous est donné d'observer bien souvent. On sait combien autrefois les fractures ouvertes avec esquilles étaient lentes à guérir, ce n'était qu'au prix d'une longue suppuration accompagnée de l'élimination de parcelles osseuses plus ou moins nombreuses. Or, aujourd'hui, ces mêmes fractures pansées antiseptiquement guérissent facilement et les esquilles sont tolérées, enkystées par l'os nouveau, sans qu'il y ait suppuration ; les plus petites sont probablement résorbées. »

L'ostéomyélite, en effet, je voudrais dire l'ostéite traumatique avec plaie, se conduit tout différemment, si l'antisepsie n'a pas été complète; elle rentrerait alors dans le cadre de l'ostéomyélite aiguë pour M. Demoulin puisqu'il veut faire rentrer dans le cadre de l'ostéomyélite chronique l'ostéite chronique traumatique. Or il y a entre l'ostéomyélite spontanée, l'ostéomyélite de Lannelongue et l'ostéite traumatique (aiguë avec plaie, ou état général antérieur, chronique par irritation aseptique) la même différence qu'il y a entre une plaie simple et une inoculation septique.

J'ai été étonné de ne pas voir dans la description de l'ostéomyélite chronique, envisagée ainsi avec tant de largeur, une forme d'ostéite chronique, d'irritation proliférative des os, bien connue et qui rentrerait dans ce cadre au même titre que l'ostéomyélite traumatique. C'est celle que l'on trouve au-dessous des vieux ulcères de jambe. Même augmentation en massue du tibia, du péroné, même déformation, même irrégularité de l'os ancien, mêmes douleurs, même

marche lente et insidieuse, enfin même aspect anatomo-pathologique, au point que sur l'examen de pièces présentées à la Société de chirurgie, il fut impossible à M. Lannelongue et à M. Reclus de se mettre d'accord sur la nature de l'affection qui avait déterminé les lésions osseuses. N'est-ce pas aussi de l'ostéomyélite chronique d'emblée telle que M. Demoulin la voudrait voir être acceptée dans sa lettre du 9 août (mais qu'il a eu le grand soin de ne pas étudier dans sa thèse).

J'arrive enfin à la seule modalité clinique à laquelle puisse, suivant moi, s'appliquer la dénomination indiscutée d'ostéomyélite, la seule que M. Demoulin ait, d'après sa thèse, voulu mettre en lumière. Sans entrer dans la discussion microbiologique, il semble à peu près démontré que l'ostéomyélite est due à la présence d'un micro-organisme, le streptococcus aureus. Les travaux de Pasteur et Lannelongue, de Rodet (de Lyon), de Rosenbach semblent avoir mis ce fait en lumière. Bien plus dernièrement M. Lannelongue cherchait à montrer comment il a pu dans nombre de cas retrouver la porte d'entrée du micro-organisme. M. Verneuil dans sa communication à l'Académie de médecine, dans la thèse de Jeubert sur le parasitisme latent retrouvait ce micro-organisme dans des collections d'ostéomyélite prolongée, silencieuses depuis plus de vingt-cinq ans. — Or n'est-il pas permis de penser que ce micro-organisme est la caractéristique même de l'ostéomyélite. J'ajoute que ce micro-organisme accentue au point de vue pathogénique la différence sur laquelle j'ai déjà insisté entre l'ostéomyélite vraie et les ostéites de la fièvre typhoïde, de l'infection purulente, etc.

Si nous examinons les faits publiés par M. Demoulin pour démontrer l'existence « *chez des individus chez lesquels la croissance est terminée depuis longtemps* » de cette ostéomyélite vraie, nous sommes forcés de ne pas trouver de faits convaincants.

Est-ce l'observation de Morrant Baker ayant trait à un homme âgé de 20 ans et dont la lésion siégeait sur le fémur, c'est-à-dire sur un os à soudure tardive. Est-ce l'observation de Broca (obs. III) ayant trait à un malade de 29 ans, mais dont l'affection avait débuté à l'âge de 13 ans, et au sujet de laquelle M. Broca ajoute des réflexions qui montrent combien la confusion peut encore être facilement faite, si l'on se contente de se placer au point de vue clinique pour juger de la nature d'une affection.

« Le point, dit-il, sur lequel je désire surtout insister, c'est l'évolution constamment chronique de la maladie. M. Trélat vient de faire au Congrès français de chirurgie une communication sur les formes lentes de l'ostéomyélite, il y a là un type bien distinct de l'ostéomyélite aiguë rapidement suppurée, aujourd'hui bien connue. »

Nous laissons la parole à M. Demoulin qui montre quelle grosse erreur commettait M. Broca. — « Depuis la publication de cette observation si intéressante, M. Franson, élève de M. le professeur Trélat, a montré dans sa thèse que l'ostéomyélite insidieuse n'était autre que le premier stade de la tuberculose osseuse. » — Aussi retenons-nous avec M. Demoulin l'observation de Broca comme un cas d'ostéomyélite vraie en laissant de côté les réflexions erronées qu'elle lui a suggérées. Nous tenions néanmoins à montrer comment il est dangereux d'obscurcir une question sur laquelle on peut encore commettre de telles erreurs. La IVe observation citée par M. Demoulin a trait à un jeune homme de 17 ans. Ainsi donc trois observations, et toutes trois ayant trait à des jeunes gens. Pour première conclusion je crois donc qu'il est difficile d'admettre le premier fait qu'a voulu mettre en lumière M. Demoulin et qu'il signale dans sa lettre du 9 août à savoir « que l'ostéomyélite chronique d'emblée peut s'observer à une période où la croissance est terminée depuis longtemps. » Tout au moins ne nous en donne-t-il pas d'observation.

Les symptômes de l'ostéomyélite chronique d'emblée sont ceux que l'on trouve dans l'ostéomyélite prolongée. Douleurs nocturnes, localisées, puis gonflement plus ou moins rapide. Enfin dans certains cas fracture spontanée. Si l'affection dure depuis longtemps, la suppuration peut apparaître, s'accompagnant alors de fistules conduisant sur un os dénudé, parfois sain en apparence à la surface. Le malade de Broca que nous avons pu examiner, étant alors chef de clinique dans le service où M. Broca était interne, présentait le type le plus complet de l'ostéomyélite prolongée. Tout le pourtour du grand trochanter était creusé de fistules, suppurant assez abondamment, des décollements, des clapiers, enfin après incision on trouva un séquestre qu'il fut facile d'enlever.

Ces symptômes ont, dans les cas publiés, débuté longtemps avant que le malade se présente au chirurgien et ce n'est qu'au moment où l'ostéomyélite subit une tension plus aiguë qu'ils viennent demander les secours de la chirurgie.

De ces faits nous pouvons conclure que l'ostéomyélite peut, dans certains cas très rares, prendre une marche chronique d'emblée, qu'elle présente d'emblée les symptômes qu'elle ne présente d'ordinaire qu'à la fin de son évolution. — C'est l'ostéomyélite classique de laquelle se trouve retranchée la période dramatique du début.

Mais faut-il en faire une entité morbide et faut-il détacher son histoire de celle de l'ostéomyélite telle qu'on doit la concevoir au point de vue anatomo-pathologique, clinique et microbiologique ? Nous ne le pensons pas.

Une comparaison. — La syphilis, maladie infectieuse par excellence, à évolution fatale, constante, présente un accident primitif, des accidents secondaires, des accidents tertiaires.

Le premier peut passer inaperçu, le second faire défaut, le troisième seul attire l'attention. On ne sera pas autorisé à décrire une syphilis tertiaire d'emblée. C'est la syphilis tertiaire, mais il ne viendra à l'idée de personne de distraire le fait anormal du cadre de la syphilis. De même l'ostéomyélite présente une porte d'entrée, les accidents dramatiques aigus, puis les lésions tertiaires de l'ostéomyélite prolongée. Il ne *doit pas venir* à l'idée si la porte d'entrée reste inconnue, si les accidents aigus n'apparaissent pas, si les lésions chroniques de la troisième période se montrent, de faire de cette évolution spéciale une affection différente. C'est une modification dans l'ordre établi, c'est une exception ; c'est une marche particulière affectée par l'ostéomyélite ; mais elle n'en reste pas moins une, identique à elle-même au point de vue de sa nature, comme au point de vue des lésions qu'elle détermine. Disons qu'elle ne présente pas toujours les mêmes aspects cliniques, que cette évolution particulière peut entraîner des erreurs de diagnostic, qu'il peut être extrêmement difficile, si l'on n'est prévenu, de la distinguer de l'ostéosarcome, mais laissons-lui son identité, sa personnalité. Le diagnostic est fait de main de maître dans la thèse de M. Demoulin et je n'y insiste pas. Il suffira, si l'on ne veut lire et on aurait tort de ne pas le faire, le travail de M. Demoulin, de se reporter à l'analyse que j'en ai faite dans ce journal même.

Qu'il me soit permis, afin de bien énoncer ma pensée, de mettre ici les conclusions à tirer de cet article.

Certaines ostéites traumatiques, ou survenues à la suite de la fièvre typhoïde, de l'infection purulente, peuvent prendre dès leur apparition une marche chronique, amener des lésions identiques à celles que l'on trouve dans l'ostéomyélite prolongée, mais doivent être soigneusement distinguées de celle-ci. Elles peuvent se montrer à tout âge, sont aseptiques ou causées par des micro-organismes distincts de celui qui est propre à l'ostéomyélite.

Certaines lésions chroniques des os, telles que celles que l'on trouve au-dessous des ulcères de jambe invétérés, peuvent revêtir un aspect identique à celui que présente l'ostéomyélite prolongée, mais doivent être complètement rejetées du cadre de l'ostéomyélite.

Enfin l'ostéomyélite chronique d'emblée est une forme clinique particulière de l'ostéomyélite et forme un chapitre additionnel nouveau à l'histoire de l'ostéomyélite. Sa nature, son anatomie pathologique, sa physiologie pathologique, ses symptômes sont ceux de l'ostéomyélite prolongée. Mais sa marche, sur laquelle M. le profes-

seur Trélat a le premier appelé l'attention, peut revêtir un aspect tel qu'il est parfois fort difficile de la distinguer de l'ostéosarcome, et de la distinguer de la marche classique ordinaire décrite par M. Lannelongue en ce que toute la première période, l'attaque aiguë primitive, n'a pas existé ou n'a pas été suffisamment accentuée pour être remarquée.

P. S. Mon cher Rédacteur en chef. — L'article que je vous envoie est une réponse à la lettre que vous avez publiée du Dr Demoulin au sujet de l'analyse que j'avais faite de son travail. D'après l'article que je vous envoie vous pouvez voir que je n'ai pas changé d'opinion à son égard. Je me fais un plaisir de faire connaitre à vos lecteurs l'histoire de l'ostéomyélite chronique d'emblée telle que je l'ai trouvée dans son travail original.

Tous les passages placés entre guillemets sont pris textuellement dans la thèse du Dr Demoulin. J'espère que le résumé que j'en ai fait encouragera vos lecteurs à lire cette étude intéressante.

Dr VERCHÈRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 *août* 1888. — *Présidence de* M. HÉRARD.

LA CORRESPONDANCE comprend : 1° un rapport manuscrit de M. le Dr Bobrie, de Coyes (Charente-Inférieure) sur les vaccinations qu'il a pratiquées de 1882 à 1887 ; 2° un mémoire manuscrit de M. le Dr Driard, de Moret-sur-Loing (Seine-et-Marne) sur l'influence de l'alimentation sur la mortalité des enfants du premier âge.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente de la part de M. le Dr Dubrandy d'Hyères, un travail manuscrit ayant pour titre : Contribution à l'étude de l'empoisonnement chronique par l'arsenic.

HYPNOTISME. — M. *Laborde* adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il critique les expériences rapportées par M. Luys dans la dernière séance sur l'action des médicaments chez les sujets hypnotisés. C'est aujourd'hui un véritable axiome expérimental que toute substance toxique ou médicamenteuse n'exerce son action sur l'organisme vivant qu'à la condition expresse d'arriver au contact des éléments anatomiques et de les impressionner de façon à produire des modifications fonctionnelles dans lesquelles s'exprime objectivement et symptomatologiquement l'action dont il s'agit.

HYGIÈNE DES JEUNES MÈRES ET DES NOUVEAU-NÉS. — M. *de Villiers* fait un rapport sur une lettre de M. le Dr Haro qui propose d'ajouter aux livrets de famille délivrés par les mairies aux nouveaux mariés, non seulement des conseils hygiéniques pour la première enfance,

mais aussi des conseils aux femmes enceintes et aux femmes en couches. M. de Villiers termine par les conclusions suivantes :

1° L'idée du Dr Haro d'ajouter aux livrets de famille des conseils hygiéniques pour l'élevage des enfants du premier âge est bonne, mais elle n'est pas nouvelle, car elle a été mise en pratique par d'autres mairies que celle de Montpellier ; ces conseils devraient en outre être conformes à ceux que l'Académie a adoptés et qui sont en usage presque partout.

2° Il serait utile que ces conseils fussent imprimés sur les livrets de famille et sur les actes de naissances, en y ajoutant les principaux articles de la loi de protection de l'enfance.

3° Cette mesure devrait être adoptée d'une façon générale et uniforme, afin de lutter contre la distribution dans les mairies de conseils servant de prospectus à des industriels.

4° La publication dans le livret de famille de conseils hygiéniques aux femmes enceintes et accouchées est hors de propos.

DES ANÉVRYSMES DE L'AORTE. — M. *Dujardin-Beaumetz* lit, au nom de M. *le professeur Germain Sée*, un travail sur ce sujet.

M. *G. Sée*, depuis un quart de siècle, a vu dans sa pratique 24 anévrysmatiques qu'il a suivis pendant plusieurs années, laissant de côté plus de cent malades de passage. Un premier fait l'a particulièrement frappé surtout depuis la découverte du bacille, c'est que les anévrysmatiques deviennent très souvent tuberculeux. M. Sée rapporte à l'appui de cette opinion divers faits antérieurs ou postérieurs à la découverte du bacille. Il recherche la pathogénie des tubercules chez les anévrysmatiques et il résume ainsi la question : trop d'oxygène nuit aux bacilles, peu d'oxygène favorise leur développement.

Il explique ainsi la multiplication du bacille, mais il reste à savoir pourquoi et comment le bacille pénètre dans les poumons des anévrysmatiques de tout âge. Dans ces derniers temps on a prouvé que les endocardites ulcéreuses ou même végétantes sont toutes d'origine *microbique* ; l'analogie entre l'endocarde et l'endoartère permet de croire à l'existence d'endoartérite microbique ; peut-être les lésions ulcéreuses qui frappent les membranes interne et moyenne des artères devenues anévrysmatiques sont-elles l'effet d'un bacille ? Cela expliquerait facilement comment le bacille né dans la paroi anévrysmatique se propage au poumon et s'y multiplie par suite de circonstances favorables dues à l'oxygénation imparfaite de l'air dans les alvéoles pulmonaires. Aussi M. Sée condamne toutes les opérations faites sur les anévrysmes de l'aorte ; la médication iodurée seule peut opérer quelque changement dans la marche de l'anévrysme et ce moyen de traitement n'a rien que d'avantageux sur les tubercules, surtout lorsqu'ils ont une tendance à la chronicité apyrétique

M. Sée étudie d'abord la marche des anévrysmes simples pour mieux comprendre l'effet des diverses formes de traitement; puis il étudie l'action physiologique de l'iodure de potassium, le mode d'action de l'iode ou des iodures, l'interprétation des effets thérapeutiques des iodures; leur action hyperémiante, l'action oxydante et trophique de l'iode.

M. Sée prescrit ordinairement 2 grammes d'iodure par jour; il est important de prendre le médicament au commencement des repas, non pas avant, en répartissant la dose sur les trois repas. Il étudie la valeur comparative de l'iodure de potassium et de l'iodure de sodium, et il continue à donner la préférence au premier; du moins l'iodure de potassium a certains avantages sur l'iodure de sodium et cela par son action favorable sur le cœur; les deux sels ont identiquement les mêmes inconvénients au point de vue de l'iodisme bénin ou grave.

A l'iodothérapie, M. Sée donne un complément, l'antipyrine. Sur douze malades encore en traitement, il a observé les faits suivants : 1° les douleurs sus et sous-claviculaires ordinairement si persistantes, cessent ainsi que les irradiations douloureuses avec ou sans engourdissement dans les nerfs du bras droit; 2° en même temps les douleurs précordiales, sus-cardiaques et même les sensations d'angor pectoris disparaissent comme par enchantement; 3° l'antipyrine modifie très favorablement la dyspnée et enfin elle a une action calmante sur le cœur.

M. Sée termine ainsi : l'iodure et l'antipyrine sont les vrais et seuls moyens curatifs de l'anévrysme.

M. *Dujardin-Beaumetz*. M. G. Sée vante l'utilité de l'antipyrine dans les anévrysmes, mais il croit que la phénacétine ne peut pas donner les mêmes résultats.

Il faudrait d'abord démontrer que l'antipyrine est toujours inoffensive, ce qui n'est pas; car donnée par n'importe qui, l'antipyrine provoque toujours des éruptions au bout de quelque temps. Nous avons abandonné l'acétanilide à cause de la coloration bleue qu'elle provoquait. Pour la phénacétine au contraire nous n'avons pas encore trouvé la dose toxique; d'autre part c'est un médicament facile à préparer, avec une formule chimique bien déterminée, et d'un prix peu élevé. Ce médicament n'a qu'un inconvénient, c'est qu'il est très peu soluble.

La rougeole dans les milieux où se trouvent de très jeunes enfants, salles d'asile ou crèches. — M. *Aug. Ollivier* appelle l'attention sur la nécessité d'éloigner le plus tôt possible des crèches et des salles d'asile les enfants qui paraissent atteints de rougeole.

Action antihémorrhagique de la Bryonia alba. — M. le profes-

seur *Pétresco* (Bucarest). *La Bryonia alba*, dont les caractères sont distinctifs de la *bryonia dioïca*, produit, lorsqu'elle est administrée à des animaux, une contraction des vaisseaux capillaires qui peut aller jusqu'à l'arrêt de la circulation.

Nous avons fait des applications cliniques sur des cas d'hémorrhagie de différentes sources, (métrorragies post-puerpérales); nous avons obtenu les meilleurs résultats.

La dose ordinaire est de 20, 25, 30 grammes de racine sèche pour 300 grammes d'eau.

En faisant l'analyse de cette racine, M. Urbéano a trouvé plusieurs principes résineux et glycosidiques en extraits alcooliques et aqueux. Le glycoside a donné l'action la plus énergique ; nous lui avons donné le nom de *bréïne* du nom populaire *breï* que porte la Bryonia alba, en Roumanie. Avec 20 centigrammes du glycoside dans 1 gramme d'eau pour les lapins, avec 10 centigrammes pour les grenouilles, nous avons obtenu les mêmes résultats.

On peut donc ranger la bryonia alba parmi les meilleurs médicaments antihémorragiques.

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE PAR LA DIGITALE A HAUTES DOSES. *M. Pétresco.* — J'ai eu l'occasion d'observer pendant ces derniers temps un nombre considérable de pneumonies franches que j'ai traitées avec un succès complet par l'administration de 4 grammes de feuilles de digitale en infusion. Déjà, depuis 1883, je n'emploie plus contre la pneumonie que l'infusion préparée de 4 grammes de feuilles de digitale pour 200 grammes d'eau et 40 grammes de sirop simple ; à prendre chaque demi-heure par cuillerée à bouche.

En général la maladie est jugulée en trois jours. La fièvre et tous les phénomènes physiques tant locaux que généraux ont disparu par enchantement. Avec ce mode de traitement la mortalité de la pneumonie a été réduite à 1,22 p. 100, tandis que toutes les statistiques donnent une mortalité de 7,15, et même 30 p. 100.

J'ai fait une étude comparative entre le traitement par la digitale, et le traitement expectatif par l'alcool à hautes doses. Dans ce dernier cas, la pneumonie n'était en rien modifiée dans sa marche.

Dans les pneumonies compliquées je n'ai pas obtenu des résultats aussi complets. Le chlorhydrate de caféine et l'extrait de convallaria maïalis administrés à la dose de 2 grammes, pendant quinze jours, m'ont donné de meilleurs résultats.

Malgré ces hautes doses de digitale, je n'ai jamais rencontré d'effets toxiques. Cette tolérance, cette non toxicité sont prouvées d'une manière incontestable, par le nombre de 577 observations publiées dans mon traité de thérapeutique.

La séance est levée à 4 heures et demie.



BIBLIOGRAPHIE

Action de l'eau sur la nutrition, par le Dr *Frémont*, médecin consultant à Vichy (In-18, 124 p. Paris, G. Steinheil, 1888.)

L'auteur s'est proposé dans ce mémoire de nous présenter les modifications qui surviennent après un traitement par les eaux de Vichy dans la nutrition des malades qui vont habituellement réclamer des soins dans cette station. Cette action sur la nutrition est particulièrement nette dans certaines maladies, à en juger d'une façon générale par les résultats d'un traitement. M. le Dr Frémont, dans cette appréciation, ne s'en est pas tenu à la simple observation clinique et a mis en pratique les méthodes actuelles d'investigations qui permettent de se rendre un compte plus exact de la nutrition. C'est ainsi que la numération des globules du sang, le dosage de l'hémoglobine, surtout le calcul de l'activité de la réduction de cette substance au moyen de la méthode hématoscopique de M. Henocque, avant et après le traitement, constituent un ensemble de renseignements d'une valeur objective réelle. L'examen de l'état du pouls par les tracés sphygmographiques, la mensuration de la pression intra-intérielle, le dosage de l'urée des vingt-quatre heures, enfin les pesées complètent les éléments qui peuvent servir à apprécier l'état de la nutrition. C'est en procédant ainsi que l'auteur a cherché à préciser l'action de l'eau de Vichy dans les maladies qui revendiquent l'emploi des alcalins, dans les dyspepsies, les affections intestinales, la lithiase biliaire, certaines maladies du foie, le diabète, la goutte et la gravelle. Quelques observations tendent de plus à montrer que les alcalins et l'eau de Vichy en particulier peuvent avoir une influence heureuse dans l'albuminurie et certaines affections cardiaques en modifiant la nutrition.

A un point de vue général, l'eau de Vichy active la nutrition, elle augmente la richesse du sang, la quantité d'hémoglobine et l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine, et ce dernier élément est à peu près le seul qui donne une idée directe et exacte de l'activité des échanges. Ces résultats sont obtenus non seulement par l'ingestion de l'eau, mais encore par les pratiques hydrothérapiques, soit parce que le système nerveux est influencé dans ses expansions périphériques, soit parce que les substances dissoutes dans l'eau pénètrent dans le sang par absorption cutanée.

Enfin M. Frémont a étudié les bactéries contenues dans les sources chaudes de la Grande-Grille et de l'Hôpital et a fait quelques expériences sur les digestions artificielles faites avec les bacilles des sources, d'où il conclut que l'eau de Vichy jouit du pouvoir de transformer les albuminoïdes en peptones et qu'on peut expliquer de

seur *Pétresco* (Bucarest). *La Bryonia alba*, dont les caractères sont distinctifs de la *bryonia dioïca*, produit, lorsqu'elle est administrée à des animaux, une contraction des vaisseaux capillaires qui peut aller jusqu'à l'arrêt de la circulation.

Nous avons fait des applications cliniques sur des cas d'hémorrhagie de différentes sources, (métrorragies post-puerpérales); nous avons obtenu les meilleurs résultats.

La dose ordinaire est de 20, 25, 30 grammes de racine sèche pour 300 grammes d'eau.

En faisant l'analyse de cette racine, M. Urbéano a trouvé plusieurs principes résineux et glycosidiques en extraits alcooliques et aqueux. Le glycoside a donné l'action la plus énergique ; nous lui avons donné le nom de *bréïne* du nom populaire *breï* que porte la Bryonia alba, en Roumanie. Avec 20 centigrammes du glycoside dans 1 gramme d'eau pour les lapins, avec 10 centigrammes pour les grenouilles, nous avons obtenu les mêmes résultats.

On peut donc ranger la bryonia alba parmi les meilleurs médicaments antihémorragiques.

Traitement de la pneumonie par la digitale a hautes doses. *M. Pétresco.* — J'ai eu l'occasion d'observer pendant ces derniers temps un nombre considérable de pneumonies franches que j'ai traitées avec un succès complet par l'administration de 4 grammes de feuilles de digitale en infusion. Déjà, depuis 1883, je n'emploie plus contre la pneumonie que l'infusion préparée de 4 grammes de feuilles de digitale pour 200 grammes d'eau et 40 grammes de sirop simple ; à prendre chaque demi-heure par cuillerée à bouche.

En général la maladie est jugulée en trois jours. La fièvre et tous les phénomènes physiques tant locaux que généraux ont disparu par enchantement. Avec ce mode de traitement la mortalité de la pneumonie a été réduite à 1,22 p. 100, tandis que toutes les statistiques donnent une mortalité de 7,15, et même 30 p. 100.

J'ai fait une étude comparative entre le traitement par la digitale, et le traitement expectatif par l'alcool à hautes doses. Dans ce dernier cas, la pneumonie n'était en rien modifiée dans sa marche.

Dans les pneumonies compliquées je n'ai pas obtenu des résultats aussi complets. Le chlorhydrate de caféine et l'extrait de convallaria maïalis administrés à la dose de 2 grammes, pendant quinze jours, m'ont donné de meilleurs résultats.

Malgré ces hautes doses de digitale, je n'ai jamais rencontré d'effets toxiques. Cette tolérance, cette non toxicité sont prouvées d'une manière incontestable, par le nombre de 577 observations publiées dans mon traité de thérapeutique.

La séance est levée à 4 heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE

Action de l'eau sur la nutrition, par le Dr *Frémont*, médecin consultant à Vichy (In-18, 124 p. Paris, G. Steinheil, 1888.)

L'auteur s'est proposé dans ce mémoire de nous présenter les modifications qui surviennent après un traitement par les eaux de Vichy dans la nutrition des malades qui vont habituellement réclamer des soins dans cette station. Cette action sur la nutrition est particulièrement nette dans certaines maladies, à en juger d'une façon générale par les résultats d'un traitement. M. le Dr Frémont, dans cette appréciation, ne s'en est pas tenu à la simple observation clinique et a mis en pratique les méthodes actuelles d'investigations qui permettent de se rendre un compte plus exact de la nutrition. C'est ainsi que la numération des globules du sang, le dosage de l'hémoglobine, surtout le calcul de l'activité de la réduction de cette substance au moyen de la méthode hématoscopique de M. Henocque, avant et après le traitement, constituent un ensemble de renseignements d'une valeur objective réelle. L'examen de l'état du pouls par les tracés sphygmographiques, la mensuration de la pression intra-intérielle, le dosage de l'urée des vingt-quatre heures, enfin les pesées complètent les éléments qui peuvent servir à apprécier l'état de la nutrition. C'est en procédant ainsi que l'auteur a cherché à préciser l'action de l'eau de Vichy dans les maladies qui revendiquent l'emploi des alcalins, dans les dyspepsies, les affections intestinales, la lithiase biliaire, certaines maladies du foie, le diabète, la goutte et la gravelle. Quelques observations tendent de plus à montrer que les alcalins et l'eau de Vichy en particulier peuvent avoir une influence heureuse dans l'albuminurie et certaines affections cardiaques en modifiant la nutrition.

A un point de vue général, l'eau de Vichy active la nutrition, elle augmente la richesse du sang, la quantité d'hémoglobine et l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine, et ce dernier élément est à peu près le seul qui donne une idée directe et exacte de l'activité des échanges. Ces résultats sont obtenus non seulement par l'ingestion de l'eau, mais encore par les pratiques hydrothérapiques, soit parce que le système nerveux est influencé dans ses expansions périphériques, soit parce que les substances dissoutes dans l'eau pénètrent dans le sang par absorption cutanée.

Enfin M. Frémont a étudié les bactéries contenues dans les sources chaudes de la Grande-Grille et de l'Hôpital et a fait quelques expériences sur les digestions artificielles faites avec les bacilles des sources, d'où il conclut que l'eau de Vichy jouit du pouvoir de transformer les albuminoïdes en peptones et qu'on peut expliquer de

seur *Petresco* (Bucarest). *La Bryonia alba*, dont les caractères sont distinctifs de la *bryonia dioïca*, produit, lorsqu'elle est administrée à des animaux, une contraction des vaisseaux capillaires qui peut aller jusqu'à l'arrêt de la circulation.

Nous avons fait des applications cliniques sur des cas d'hémorrhagie de différentes sources, (métrorragies post-puerpérales) ; nous avons obtenu les meilleurs résultats.

La dose ordinaire est de 20, 25, 30 grammes de racine sèche pour 300 grammes d'eau.

En faisant l'analyse de cette racine, M. Urbéano a trouvé plusieurs principes résineux et glycosidiques en extraits alcooliques et aqueux. Le glycoside à donné l'action la plus énergique ; nous lui avons donné le nom de *bréine* du nom populaire *breï* que porte la Bryonia alba, en Roumanie. Avec 20 centigrammes du glycoside dans 1 gramme d'eau pour les lapins, avec 10 centigrammes pour les grenouilles, nous avons obtenu les mêmes résultats.

On peut donc ranger la bryonia alba parmi les meilleurs médicaments antihémorragiques.

Traitement de la pneumonie par la digitale a hautes doses. *M. Pétresco.* — J'ai eu l'occasion d'observer pendant ces derniers temps un nombre considérable de pneumonies franches que j'ai traitées avec un succès complet par l'administration de 4 grammes de feuilles de digitale en infusion. Déjà, depuis 1883, je n'emploie plus contre la pneumonie que l'infusion préparée de 4 grammes de feuilles de digitale pour 200 grammes d'eau et 40 grammes de sirop simple ; à prendre chaque demi-heure par cuillerée à bouche.

En général la maladie est jugulée en trois jours. La fièvre et tous les phénomènes physiques tant locaux que généraux ont disparu par enchantement. Avec ce mode de traitement la mortalité de la pneumonie a été réduite à 1,22 p. 100, tandis que toutes les statistiques donnent une mortalité de 7,15, et même 30 p. 100.

J'ai fait une étude comparative entre le traitement par la digitale, et le traitement expectatif par l'alcool à hautes doses. Dans ce dernier cas, la pneumonie n'était en rien modifiée dans sa marche.

Dans les pneumonies compliquées je n'ai pas obtenu des résultats aussi complets. Le chlorhydrate de caféine et l'extrait de convallaria maïalis administrés à la dose de 2 grammes, pendant quinze jours, m'ont donné de meilleurs résultats.

Malgré ces hautes doses de digitale, je n'ai jamais rencontré d'effets toxiques. Cette tolérance, cette non toxicité sont prouvées d'une manière incontestable, par le nombre de 577 observations publiées dans mon traité de thérapeutique.

La séance est levée à 4 heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE

ACTION DE L'EAU SUR LA NUTRITION, par le Dr *Frémont*, médecin consultant à Vichy (In-18, 124 p. Paris, G. Steinheil, 1888.)

L'auteur s'est proposé dans ce mémoire de nous présenter les modifications qui surviennent après un traitement par les eaux de Vichy dans la nutrition des malades qui vont habituellement réclamer des soins dans cette station. Cette action sur la nutrition est particulièrement nette dans certaines maladies, à en juger d'une façon générale par les résultats d'un traitement. M. le Dr Frémont, dans cette appréciation, ne s'en est pas tenu à la simple observation clinique et a mis en pratique les méthodes actuelles d'investigations qui permettent de se rendre un compte plus exact de la nutrition. C'est ainsi que la numération des globules du sang, le dosage de l'hémoglobine, surtout le calcul de l'activité de la réduction de cette substance au moyen de la méthode hématoscopique de M. Henocque, avant et après le traitement, constituent un ensemble de renseignements d'une valeur objective réelle. L'examen de l'état du pouls par les tracés sphygmographiques, la mensuration de la pression intra-intérielle, le dosage de l'urée des vingt-quatre heures, enfin les pesées complètent les éléments qui peuvent servir à apprécier l'état de la nutrition. C'est en procédant ainsi que l'auteur a cherché à préciser l'action de l'eau de Vichy dans les maladies qui revendiquent l'emploi des alcalins, dans les dyspepsies, les affections intestinales, la lithiase biliaire, certaines maladies du foie, le diabète, la goutte et la gravelle. Quelques observations tendent de plus à montrer que les alcalins et l'eau de Vichy en particulier peuvent avoir une influence heureuse dans l'albuminurie et certaines affections cardiaques en modifiant la nutrition.

A un point de vue général, l'eau de Vichy active la nutrition, elle augmente la richesse du sang, la quantité d'hémoglobine et l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine, et ce dernier élément est à peu près le seul qui donne une idée directe et exacte de l'activité des échanges. Ces résultats sont obtenus non seulement par l'ingestion de l'eau, mais encore par les pratiques hydrothérapiques, soit parce que le système nerveux est influencé dans ses expansions périphériques, soit parce que les substances dissoutes dans l'eau pénètrent dans le sang par absorption cutanée.

Enfin M. Frémont a étudié les bactéries contenues dans les sources chaudes de la Grande-Grille et de l'Hôpital et a fait quelques expériences sur les digestions artificielles faites avec les bacilles des sources, d'où il conclut que l'eau de Vichy jouit du pouvoir de transformer les albuminoïdes en peptones et qu'on peut expliquer de

seur *Pétresco* (Bucarest). *La Bryonia alba*, dont les caractères sont distinctifs de la *bryonia dioïca*, produit, lorsqu'elle est administrée à des animaux, une contraction des vaisseaux capillaires qui peut aller jusqu'à l'arrêt de la circulation.

Nous avons fait des applications cliniques sur des cas d'hémorrhagie de différentes sources, (métrorragies post-puerpérales); nous avons obtenu les meilleurs résultats.

La dose ordinaire est de 20, 25, 30 grammes de racine sèche pour 300 grammes d'eau.

En faisant l'analyse de cette racine, M. Urbéano a trouvé plusieurs principes résineux et glycosidiques en extraits alcooliques et aqueux. Le glycoside à donné l'action la plus énergique; nous lui avons donné le nom de *bréïne* du nom populaire *breï* que porte la Bryonia alba, en Roumanie. Avec 20 centigrammes du glycoside dans 1 gramme d'eau pour les lapins, avec 10 centigrammes pour les grenouilles, nous avons obtenu les mêmes résultats.

On peut donc ranger la bryonia alba parmi les meilleurs médicaments antihémorragiques.

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE PAR LA DIGITALE A HAUTES DOSES. *M. Pétresco.* — J'ai eu l'occasion d'observer pendant ces derniers temps un nombre considérable de pneumonies franches que j'ai traitées avec un succès complet par l'administration de 4 grammes de feuilles de digitale en infusion. Déjà, depuis 1883, je n'emploie plus contre la pneumonie que l'infusion préparée de 4 grammes de feuilles de digitale pour 200 grammes d'eau et 40 grammes de sirop simple; à prendre chaque demi-heure par cuillerée à bouche.

En général la maladie est jugulée en trois jours. La fièvre et tous les phénomènes physiques tant locaux que généraux ont disparu par enchantement. Avec ce mode de traitement la mortalité de la pneumonie a été réduite à 1,22 p. 100, tandis que toutes les statistiques donnent une mortalité de 7,15, et même 30 p. 100.

J'ai fait une étude comparative entre le traitement par la digitale, et le traitement expectatif par l'alcool à hautes doses. Dans ce dernier cas, la pneumonie n'était en rien modifiée dans sa marche.

Dans les pneumonies compliquées je n'ai pas obtenu des résultats aussi complets. Le chlorhydrate de caféine et l'extrait de convallaria maïalis administrés à la dose de 2 grammes, pendant quinze jours, m'ont donné de meilleurs résultats.

Malgré ces hautes doses de digitale, je n'ai jamais rencontré d'effets toxiques. Cette tolérance, cette non toxicité sont prouvées d'une manière incontestable, par le nombre de 577 observations publiées dans mon traité de thérapeutique.

La séance est levée à 4 heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE

Action de l'eau sur la nutrition, par le Dr *Frémont*, médecin consultant à Vichy (In-18, 124 p. Paris, G. Steinheil, 1888.)

L'auteur s'est proposé dans ce mémoire de nous présenter les modifications qui surviennent après un traitement par les eaux de Vichy dans la nutrition des malades qui vont habituellement réclamer des soins dans cette station. Cette action sur la nutrition est particulièrement nette dans certaines maladies, à en juger d'une façon générale par les résultats d'un traitement. M. le Dr Frémont, dans cette appréciation, ne s'en est pas tenu à la simple observation clinique et a mis en pratique les méthodes actuelles d'investigations qui permettent de se rendre un compte plus exact de la nutrition. C'est ainsi que la numération des globules du sang, le dosage de l'hémoglobine, surtout le calcul de l'activité de la réduction de cette substance au moyen de la méthode hématoscopique de M. Henocque, avant et après le traitement, constituent un ensemble de renseignements d'une valeur objective réelle. L'examen de l'état du pouls par les tracés sphygmographiques, la mensuration de la pression intra-intérielle, le dosage de l'urée des vingt-quatre heures, enfin les pesées complètent les éléments qui peuvent servir à apprécier l'état de la nutrition. C'est en procédant ainsi que l'auteur a cherché à préciser l'action de l'eau de Vichy dans les maladies qui revendiquent l'emploi des alcalins, dans les dyspepsies, les affections intestinales, la lithiase biliaire, certaines maladies du foie, le diabète, la goutte et la gravelle. Quelques observations tendent de plus à montrer que les alcalins et l'eau de Vichy en particulier peuvent avoir une influence heureuse dans l'albuminurie et certaines affections cardiaques en modifiant la nutrition.

A un point de vue général, l'eau de Vichy active la nutrition, elle augmente la richesse du sang, la quantité d'hémoglobine et l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine, et ce dernier élément est à peu près le seul qui donne une idée directe et exacte de l'activité des échanges. Ces résultats sont obtenus non seulement par l'ingestion de l'eau, mais encore par les pratiques hydrothérapiques, soit parce que le système nerveux est influencé dans ses expansions périphériques, soit parce que les substances dissoutes dans l'eau pénètrent dans le sang par absorption cutanée.

Enfin M. Frémont a étudié les bactéries contenues dans les sources chaudes de la Grande-Grille et de l'Hôpital et a fait quelques expériences sur les digestions artificielles faites avec les bacilles des sources, d'où il conclut que l'eau de Vichy jouit du pouvoir de transformer les albuminoïdes en peptones et qu'on peut expliquer de



matique elle peut se montrer à tout âge. — Le plus souvent dans ce dernier cas on a affaire à un traumatisme direct. (Coup sur le tibia Obs. V), parfois à un traumatisme indirect analogue à celui que les anciens admettaient comme causant le décollement de la moelle des os. (Obs. I. Chute sur les pieds). — Enfin, et ici nous ne pouvions faire rentrer ces faits dans l'histoire de l'ostéomyélite, on a pu voir s'établir des suppurations osseuses *sans réaction générale* dans la convalescence de la fièvre typhoïde (Obs. VII, Obs. VIII) dans l'infection purulente (Obs. VI); c'est encore à tout âge que peuvent apparaître les localisations d'une affection générale.

De cette étiologie il nous est possible de nous demander quelle est la nature de cette ostéomyélite d'emblée. Est-il besoin de faire rentrer dans le même cadre l'ostéomyélite de la fièvre typhoïde, de l'infection purulente, l'ostéomyélite traumatique et l'ostéomyélite d'emblée. Nous ne le pensons pas. Et ce serait établir là une confusion contre laquelle nous nous élevons avec énergie, craignant de voir revenir, ainsi que nous le disions dans l'analyse que nous avons publiée du travail de M. Demoulin « le chaos dans lequel nous débutions, il y a quelque quinze ans, au milieu de la nécrose, de la carie, de l'ostéite, etc ». M. Demoulin du reste partage cette opinion quand il dit « qu'il a tenu à grouper tous ces faits à propos de l'étiologie » pour montrer que sous leur influence l'ostéomyélite peut se montrer *atténuée*, *sans réaction violente*. — « *Ce serait là*, *ajoute-t-il*, *de l'ostéomyélite prolongée si l'on veut, mais en tous cas elle devrait conserver son nom d'ostéomyélite chronique d'emblée* ».

Un nouveau nom, utile, expressif et pittoresque, mais désignant toujours la même affection l'*ostéomyélite*, ayant revêtu une forme particulière, « chapitre additionnel à l'histoire de l'ostéomyélite prolongée. »

Nous restons donc en présence de deux variétés d'ostéomyélite chronique d'emblée : spontanée et traumatique. La physiologie pathologique de cette affection nous montrera peut-être la raison d'être de l'évolution spéciale imprimée à l'ostéomyélite par le traumatisme. Celui-ci détermine toujours, du moins dans les observations de M. Demoulin, qui nous sert de guide pour cette description de l'ostéomyélite chronique d'emblée, une lésion osseuse *sous-cutanée*. Il est donc naturel de comprendre comment sont absents les éléments qui peuvent amener les phénomènes réactionnels propres à l'infection. Ce traumatisme détermine sur l'os, âgé ou adolescent, *une irritation* (je cherche à me faire comprendre) aseptique. Il joue le même rôle que les chevilles d'ivoire enfoncées dans un os sain, il joue le même rôle que les greffes osseuses aseptiques, il irrite l'os mais ne l'infecte pas.

L'os réagit *comme il peut, il fait de l'os*; cet os constitue l'hyperostose, l'os nouveau. « L'inflammation lente amène l'ostéite productive. » L'os ancien est bientôt réduit à l'état de séquestre aseptique, il est le résultat d'une mortification *lente* par absence d'apport nutritif, par rétrécissement des canaux de Havers, par obstruction complète de ceux-ci. Il y a arrêt de la circulation capillaire des os. Le séquestre formé peut être toléré pendant de longues années, n'amener aucune réaction. Cela se comprend facilement, aucun élément infectieux n'est à son niveau, il joue le rôle de corps étranger; s'il est petit en temps que corps organique, il pourra se résorber; s'il est volumineux, il pourra subsister ou à un moment donné déterminer une exulcération du tégument puis des fistules.

L'absence de tout élément septique au niveau d'un os atteint *d'ostéomyélite traumatique* explique surabondamment le mode d'évolution spécial de cette *ostéite* et doit nous la faire *au point de vue de sa nature* rejeter bien loin de l'ostéomyélite spontanée, que celle-ci soit aiguë, prolongée, ou chronique d'emblée.

M. Demoulin avait si bien compris cette distinction qu'il a soin de nous laisser entrevoir sa pensée lorsqu'il écrit : « La théorie de la nécrose aseptique trouve un sérieux appui dans un fait qu'il nous est donné d'observer bien souvent. On sait combien autrefois les fractures ouvertes avec esquilles étaient lentes à guérir, ce n'était qu'au prix d'une longue suppuration accompagnée de l'élimination de parcelles osseuses plus ou moins nombreuses. Or, aujourd'hui, ces mêmes fractures pansées antiseptiquement guérissent facilement et les esquilles sont tolérées, enkystées par l'os nouveau, sans qu'il y ait suppuration ; les plus petites sont probablement résorbées. »

L'ostéomyélite, en effet, je voudrais dire l'ostéite traumatique avec plaie, se conduit tout différemment, si l'antisepsie n'a pas été complète; elle rentrerait alors dans le cadre de l'ostéomyélite aiguë pour M. Demoulin puisqu'il veut faire rentrer dans le cadre de l'ostéomyélite chronique l'ostéite chronique traumatique. Or il y a entre l'ostéomyélite spontanée, l'ostéomyélite de Lannelongue et l'ostéite traumatique (aiguë avec plaie, ou état général antérieur, chronique par irritation aseptique) la même différence qu'il y a entre une plaie simple et une inoculation septique.

J'ai été étonné de ne pas voir dans la description de l'ostéomyélite chronique, envisagée ainsi avec tant de largeur, une forme d'ostéite chronique, d'irritation proliférative des os, bien connue et qui rentrerait dans ce cadre au même titre que l'ostéomyélite traumatique. C'est celle que l'on trouve au-dessous des vieux ulcères de jambe. Même augmentation en massue du tibia, du péroné, même déformation, même irrégularité de l'os ancien, mêmes douleurs, même

Bureaux de bienfaisance de Marseille. — L'Administration du bureau de bienfaisance, par une récente décision, vient de réduire d'un tiers le nombre des docteurs attachés au bureau. Ils étaient 37, ils ne seront plus, à l'avenir, que 24.

L'Administration de ce même bureau a, en outre, décidé qu'à partir du 1er août prochain, le traitement des docteurs, qui était de 500 francs par an, serait réduit à 300 francs.

Enfin, l'Administration impose une dernière obligation à chaque docteur, celle de recevoir les malades indigents une fois par semaine dans son cabinet particulier au lieu de les visiter à la pharmacie du bureau.

On est à se demander si la même Administration, pour prendre cette mesure excessive vis-à-vis d'un personnel chargé d'un service pénible et dont le dévouement a toujours été si parfaitement apprécié dans notre ville, a trouvé le moyen de diminuer le nombre des malades indigents et par conséquent le travail des docteurs qui veulent bien faire ce service ?

Mais il n'en est rien, au contraire, la situation peut se résumer ainsi : *Augmentation considérable du travail, diminution notable des honoraires, les deux cinquièmes !*

Cette façon d'exploiter le corps médical se passe de tous commentaires. (*Marseille-Médical*.)

Nourrice contagionnée par un nourrisson; responsabilité des parents. — La 9e chambre correctionnelle de Paris vient de rendre un jugement aux termes duquel les époux X..., dont l'enfant, atteint par héridité d'une maladie contagieuse d'un caractère spécial (syphilis), a communiqué cette maladie à sa nourrice, sont condamnés chacun à 100 francs d'amende et solidairement à 2,000 francs de dommages-intérêts.

Il a été établi qu'ils n'ignoraient pas l'état de leur enfant.

Dans ces conditions, le tribunal a assimilé ce fait aux coups et blessures par imprudence.

Le jugement dit qu' « en droit les articles 319 et 320 du code pénal, en visant les coups et blessures, ont entendu prévoir et punir les faits qui, par une analogie parfaite avec les coups et blessures, ont atteint matériellement les personnes et ont, par cette atteinte, troublé gravement leur santé et mis leur vie en danger ».

Il est à noter que la même chambre du tribunal, en mars 1884, avait, dans une espèce analogue, jugé le contraire, en décidant que « la communication involontaire à un tiers, même par imprudence ou négligence, d'une maladie contagieuse ou d'un virus organique occasionnant la mort, n'était réprimée par aucune loi pénale, les mots : homicide, blessures et coups, insérés aux articles 319 et 320 du code pénal impliquant nécessairement l'idée d'une *action violente* sur le corps humain ».

Le Propriétaire-Gérant : Dr B. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

...-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 98. JEUDI 23 AOUT 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

...EAUX ... s'abonne chez ...OSNIER et BABÉ Place ...l'École-de-Médecine PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

...ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
...ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.





35e Année. — Tome II. N° 98 Jeudi 23 Août 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 22 *août* **1888.**

L'Académie, hier, était toute aux microbes. Des quatre communications qui ont eu lieu, celle qui devait assurément avoir le plus de retentissement est celle faite par M. Pasteur, au nom de M. le Dr Gamaléïa, directeur du laboratoire antirabique d'Odessa, sur la découverte de la vaccination préventive du choléra asiatique. Depuis une semaine les journaux politiques avaient annoncé cette communication; la note avait déjà été lue la veille à l'Académie des sciences, et dans la journée même plusieurs journaux l'avaient publiée intégralement. La méthode des vaccins chimiques étend de plus en plus ses conquêtes sous l'impulsion des nombreux travailleurs qui cherchent à augmenter l'œuvre du savant français.

L'actinomycose, affection qui tire son origine de l'espèce bovine, ne paraît pas avoir encore été observée en France sur l'espèce humaine. M. Nocard en rapporte un cas observé par un de ses élèves, M. Lucet, vétérinaire à Courtenay, chez un malade soigné par le Dr Poirrier.

MM. Albarran et Hallé, internes de M. le professeur Guyon, viennent de découvrir une nouvelle bactérie, une bactérie pyogène qui produirait les inflammations suppuratives de l'appareil excréteur de l'urine et les abcès urineux. Dans la note lue par M. Guyon à la tribune de l'Académie au nom de ses deux internes, les auteurs donnent de nombreux détails anatomo-pathologiques et microbiologiques relativement à la bactérie qu'ils viennent de découvrir; ils donnent également une note bibliographique rappelant les travaux déjà faits sur cette question qui avant eux n'avait été qu'ébauchée.

M. Lancereaux a commencé la lecture d'un mémoire sur la filariose. L'heure l'a forcé d'interrompre cette lecture après avoir exposé les lésions anatomo-pathologiques. Dans quinze jours il terminera cette communication par la partie clinique et nous résumerons alors le travail de l'éminent médecin de la Pitié.

A. Ch.

Des causes de la prostitution.

Par le Dr L. Reuss (1).

(*Suite*).

La mauvaise éducation. — L'éducation, personne ne saurait le nier, a une influence énorme sur la moralité. L'éducation première, celle que l'enfant reçoit dans sa famille, joue à ce point de vue un rôle prépondérant. Si les premiers principes inculqués à l'enfant, les premières idées gravées dans ce cerveau impressionnable sont mauvais, on aura beau vouloir redresser plus tard cet esprit déformé, on n'y parviendra pas complètement. On y a jeté un germe vicieux au début, il serait étonnant que tôt ou tard il ne portât point ses fruits.

Bien imprudents ou bien inintelligents sont les parents qui élèvent mal leurs filles, qui leur donnent des idées de luxe au-dessus de leur situation, qui n'exercent pas sur elles une surveillance active et incessante, qui laissent traîner entre leurs mains des journaux ou des romans comme le temps actuel en a tant vu éclore : ils auront désarmé d'avance leurs filles, quand il s'agira de lutter, à l'heure de la tentation; ils auront faussé en elles le ressort moral qui aurait pu les sauver, et si elles tombent, c'est à eux seuls qu'ils devront s'en prendre.

L'encombrement des carrières ouvertes aux femmes. — Les hommes ont accaparé presque toutes les professions qui s'ouvraient aux femmes et qui leur assuraient les moyens de gagner honorablement leur vie. Les carrières qu'elles peuvent encore choisir actuellement sont notoirement insuffisantes pour que toutes celles qui s'y destinent puissent espérer y entrer.

Les hommes ont pris successivement la place des femmes dans un grand nombre de métiers qui leur avaient appartenu longtemps sans partage; je ne citerai que la fabrication des fleurs artificielles, des éventails, des cartonnages, la vente des objets de mercerie, des nouveautés, des tissus. L'importance acquise à Paris par ces immenses magasins, vrais bazars où l'on vend tout, où l'on peut tout acheter, et où les rayons sont presque tous desservis par des employés mâles, a lentement tué le commerce de détail. Impuissants à lutter contre ces grandes maisons, écrasés par des frais généraux, voyant la clientèle se retirer peu à peu, les petits magasins de nouveautés, de dentelles, de mercerie, de chapeaux, de chaussures, d'articles de Paris, etc., où un certain nombre de jeunes filles trou-

(1) V. *France méd.*, n. 97.

vaient une occupation honnête et suffisamment rémunératrice, disparaissent de plus en plus. Ils se ferment et, du même coup, leurs employées sont sur le pavé. Celles-ci ont beau frapper à d'autres portes; on les éconduit poliment et les grands magasins eux-mêmes ne peuvent toutes les recevoir.

Le même encombrement existe pour d'autres professions où les femmes auraient pu trouver de l'occupation. C'est ainsi qu'avant le développement des impressions chromolithographiques et chromotypographiques, il existait de nombreux ateliers de coloriage, employant une grande quantité de femmes et de jeunes filles. Ces ateliers sont fermés aujourd'hui. Préoccupés de la situation faite à la femme qui veut travailler, dans la société actuelle, un certain nombre d'imprimeurs typographes de Paris ont voulu occuper des femmes comme compositrices. Ils ont été contraints d'y renoncer, non pas que ces femmes eussent fourni une mauvaise besogne, mais parce que leurs ouvriers, sachant fort bien que les femmes demandent un salaire moins élevé que les hommes, les auraient abandonnés.

L'État, cependant, met un certain nombre de places à la disposition de jeunes femmes ou de jeunes filles. Il les emploie dans le service des postes, dans celui des télégraphes; mais il leur offre surtout des places d'institutrices dans ses écoles. L'appât de ces situations, qui outre une rétribution modeste, il est vrai, mais suffisante, procurent souvent à la titulaire le logement, l'éclairage et le chauffage, qui lui assurent en tous cas une pension de retraite, a été des plus puissants. Il l'a été au point de précipiter vers ces carrières une foule de jeunes filles qui n'y auraient jamais songé, si elles n'avaient reçu au préalable, grâce aux lois et aux réformes de l'enseignement, une éducation qui les rendait aptes à concourir pour une de ces places.

L'instruction est certainement une belle chose; elle est un bienfait énorme de la civilisation, elle doit être répandue à profusion; mais telle qu'elle est donnée actuellement elle a le tort, très grand à mes yeux, de remplir la tête des jeunes filles d'une foule de notions dont elles n'ont que faire. Une jeune fille, qui sort de l'école avec son certificat d'études ou son brevet de capacité, se sentira bien supérieure à ses parents, si elle est fille d'ouvriers ou de paysans. Elle voudra sortir le plus vite possible d'un milieu qui ne la comprend pas, qu'elle ne comprend plus, où elle n'est plus à son aise, et où son éducation même en a fait une non-valeur. Elle sollicitera une place d'institutrice ou de receveuse des postes; elle se soumettra au concours. Mais, là comme ailleurs, il y a beaucoup d'appelées et peu d'élues; les places sont rares, et on ne vit pas de promesses; la jeune fille a réussi dans ses examens, mais avant qu'elle soit nommée au poste qu'elle

ambitionne, trois ou quatre mille concurrentes devront être casées. Que fera-t-elle? Elle est incapable de prendre, en attendant sa nomination, le chemin d'un atelier ou d'une usine. L'éducation qu'elle a reçue la met trop au-dessus des femmes qu'elle y rencontrerait; elle est sortie de son milieu, elle ne peut plus y rentrer. Lasse d'attendre, écœurée de la vie de famille où tout froisse ses sentiments plus affinés et plus délicats, ne trouvant pas autour d'elle, dans les jeunes gens qui l'entourent, ouvriers ou paysans comme ses frères, quelqu'un qui fût capable de comprendre ses aspirations, elle ne voit que deux issues à la situation où elle vit acculée : elle entre dans un couvent, ou elle finit par demander à la débauche la satisfaction de ses désirs de bien-être matériel qu'elle avait rêvé d'obtenir par son seul travail et sa seule intelligence. Dans les deux cas, elle est perdue pour la société.

La désertion des campagnes. — Les grandes villes exercent toujours une attraction puissante sur les campagnes. Peu à peu celles-ci se dépeuplent au bénéfice des grands centres industriels ou commerciaux. Le paysan délaisse la terre et se fait ouvrier, dans l'espoir de gagner plus en travaillant dans une usine qu'en labourant son champ. Le vieux dicton : « *L'agriculture manque de bras* », est une cruelle vérité. Le même attrait existe pour les filles de la campagne. Elles ont été quelquefois à la ville, elles ont pu apercevoir un peu du luxe et du bien-être dont on y jouit et elles l'ont comparé, en rentrant dans leur chaumière, à leur pauvreté et à leurs haillons. Elles s'exagèrent ce luxe, qu'elles n'ont vu qu'en passant, et elles ne savent pas de quels labeurs il est fait et quelles misères il recouvre souvent. Elles voient rentrer au village des filles autrefois parties en service à Paris, pauvres comme elles, et qui reviennent avec de belles robes, des bijoux et un pécule assez rond pour pouvoir, à leur tour, jouer le rôle de maîtresses.

La vision de Paris qu'elles se représentent comme un Eldorado, dont on s'entretient à la veillée, dont un frère, un parent, un ami revenu du service parle avec admiration et regret, que le père a peut-être entrevu un soir, dans l'apothéose finale d'un feu d'artifice de quinze Août ou de quatorze Juillet et dont il a gardé l'éblouissant souvenir, la vision de Paris, troublante et merveilleuse, hante l'imagination naïve de ces pauvres filles. Elles y accourent en foule, pour s'y placer comme servantes, espérant y faire une rapide fortune.

Hélas! les emplois ont manqué, les économies, péniblement amassées pendant de longs mois, ont été mangées en quelques jours; la misère est venue et l'heure sonne où la pauvre fille des champs, perdue dans cet immense Paris, n'osant ou ne voulant pas retourner dans son pays sans un sou, quand elle y comptait rapporter une for-

tane, prête l'oreille aux mauvais conseils et tombe dans la prostitution pour ne pas mourir de faim ; c'est ainsi qu'elle réalise le rêve qu'elle caressait autrefois, en gardant ses moutons ou en filant sa quenouille.

Les chutes des filles de la campagne sont quelquefois plus immédiates. Si, dès leur arrivée à Paris, elles rencontrent un de ces drôles qui battent le pavé et rôdent surtout aux alentours des gares de chemins de fer à la recherche d'une aventure, elles sont le plus souvent poussées d'emblée dans la débauche. Emmenées dans quelque débit de vin ou dans un hôtel borgne où on les fait boire, elles deviennent d'abord les maîtresses de ces individus, qui les jettent ensuite sur le trottoir et vivent à leurs dépens.

Peu importe, du reste, que ces filles aient été ou non déflorées avant de venir à Paris. A la campagne une fille séduite, une fille mère, même, trouve généralement à se marier ; si son séducteur ne l'épouse pas, elle rencontre toujours un homme qui, oubliant la première chute, consent à lui offrir sa main. Pour la plupart d'entre elles, ce n'est donc pas le désir de cacher une faute qui les pousse vers Paris ; elles y sont allées avec la ferme volonté d'y vivre honnêtement et du produit de leur travail.

L'insuffisance des salaires. — Les professions ouvertes aux femmes sont très rares ; de plus, leur travail est fort mal rétribué. Leur salaire est de beaucoup inférieur à celui des hommes. Cette infériorité tient à plusieurs raisons ; la première découle naturellement de la proportion de l'offre et de la demande. Plus il y a de femmes qui demanderont à travailler, moins on les paiera ; on en trouve toujours qui se contentent de la plus maigre rétribution, et dès lors il n'y a pas de motif pour payer les autres plus cher. C'est là une loi inéluctable et fatale. Une deuxième raison réside dans la concurrence que font aux femmes travaillant chez elles ou en journée les ateliers des prisons et les ouvroirs des communautés religieuses. Cette concurrence est désastreuse, car prisons et couvents peuvent fournir la main-d'œuvre à un prix bien autrement bas que celui que peut demander une femme qui travaille pour son compte. Les détenues ne peuvent, en général, fournir que des objets de fabrication plus ou moins grossière ; mais dans les maisons religieuses, les ouvroirs sont organisés de telle façon qu'on y peut confectionner la lingerie la plus fine et la plus élégante. Enfin, le développement croissant de l'industrie, l'invention des machines à tuyauter, à plisser, etc., pour ne parler que de celles-là, ont porté un coup mortel au travail des femmes, en abaissant du même coup les salaires dans une notable proportion.

Les femmes mariées, les jeunes filles qui habitent avec leurs parents sont dans une meilleure situation que les femmes isolées sous

ce rapport. Le peu qu'elles gagnent vient s'ajouter au salaire rapporté par le mari ou le père, et suffit à parfaire les ressources du ménage et à payer les dépenses de la maison. Mais quand la femme est seule, ce qu'elle gagne lui suffit à peine pour vivre misérablement. Que dire aussi de ces jeunes filles, déchues d'une situation brillante ou seulement aisée, essayant de gagner leur vie en faisant du crochet, du tricot ou de la tapisserie pour les magasins ? C'est à peine si un travail de dix heures par jour les empêche de mourir de faim.

Dès lors, ces femmes sont presque inévitablement amenées à demander à la débauche les ressources complémentaires dont elles ont besoin. Mais par un contre-coup fatal, en même temps que la débauche lui rapporte quelque argent, le salaire de la femme s'abaisse; sentant, en effet, qu'elle n'a plus exclusivement besoin de lui pour subvenir à son existence, elle accepte des rémunérations inférieures pour son travail; et ces rémunérations seront d'autant plus faibles que sa prostitution lui rapportera davantage. Souvent c'est le patron, qui, s'apercevant de la vie déréglée de son ouvrière, en profite pour diminuer lui-même son salaire.

C'est ainsi que procèdent certains directeurs de théâtre qui engagent de jeunes et jolies femmes, les produisent sur la scène et leur assignent des émoluments dérisoires, tout en exigeant d'elles des toilettes élégantes et d'une certaine richesse. Suivant eux, en effet, les moyens de payer ces toilettes et de mener une vie confortable ne manqueront plus à leurs pensionnaires lorsqu'elles auront *débuté*.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 *août* 1888. — *Présidence de* M. Hérard.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. Viollet, médecin à la Ville-Dieu-du Clain (Vienne), accompagnant un pli cacheté (accepté) ; 2° une lettre de M. le Dr Valieri (de Naples), qui se porte candidat au titre de correspondant étranger (1re division).

M. *Brouardel* présente, de la part de M. le Dr Hamelin (de Montpellier), un rapport sur les épidémies survenues dans l'Hérault pendant les années 1885 et 1886.

M. *Tarnier* lit une lettre de M. le Dr Eugène Hubert (de Louvain), qui réclame la priorité de l'invention de la sonde pour injections utérines, récemment présentée à l'Académie par M. Tarnier, au nom de M. le Dr Ollivier.

De l'actinomycose chez l'homme. — M. *Nocard* présente, au nom d'un de ses anciens élèves, M. Lucet, vétérinaire à Courtenay (Loiret), une note relative à un cas d'actinomycose chez l'homme.

L'actinomycose humaine étant extrêmement rare en France, — il n'en existe pas à sa connaissance un seul fait bien établi, — M. Nocard résume cette note.

Il s'agit d'un homme de 30 ans qui, à la suite d'un coup de pied de cheval, a présenté, au mois de mai 1887, avec un état général déplorable, un phlegmon de la partie supérieure de la cuisse.

Le Dr Poirrier, de Château-Renard (Loiret), appelé près du malade, incisa largement l'abcès et le draina; croyant avoir affaire à une lésion tuberculeuse, il envoya du pus à M. Lucet en le priant d'y rechercher le bacille de Koch. L'examen microscopique répété ne permit pas d'y retrouver trace de bacilles; en revanche, il y existait un grand nombre de petits grains jaunes, pâles, mûriformes, faciles à écraser sur la lame de verre, formés exclusivement d'un amas considérable de touffes caractéristiques de l'actinomycose.

M. Lucet m'a envoyé des préparations microscopiques dont l'examen ne laisse pas de doute sur la nature de la lésion.

Depuis l'ouverture de l'abcès, l'état général du malade s'est amélioré, mais la lésion n'est pas guérie; à trois reprises, le Dr Poirrier a dû intervenir pour ouvrir de nouveaux foyers et le pus s'est toujours montré riche en grains actinomycotiques.

Comment s'est faite l'infection? Le sujet a toujours été charretier ou garçon d'écurie; il n'a jamais été en contact direct avec des animaux de l'espèce bovine, c'est-à-dire avec ceux qui sont de beaucoup le plus souvent atteints d'actinomycose. Mais il a été parfois employé à la manipulation de fumiers de vaches, c'est là qu'il faut probablement chercher le point de départ de la maladie.

La vaccination préventive du choléra asiatique. — M. *Pasteur* lit au nom de M. le Dr Gamaléïa, directeur du laboratoire antirabique d'Odessa, la note suivante :

Odessa, 13 *août*.

Le travail suivant n'est qu'une simple et fidèle application de la *méthode expérimentale* qui a été créée au laboratoire de M. Pasteur et qui a donné de si beaux résultats pour le choléra des poules, le rouget des porcs, le charbon et la rage. L'auteur n'a pas besoin de rappeler quel obstacle cruel s'est opposé, il y a cinq ans, à l'application de cette méthode au choléra asiatique. Cet obstacle a forcé M. Pasteur de laisser cette maladie pour les recherches de ses futurs élèves.

Or, l'auteur, comme nous l'avons dit, n'a fait qu'appliquer au choléra deux grands principes de la « méthode expérimentale » : celui de la virulence progressive et celui des vaccins chimiques.

Il est connu que les cultures ordinaires du vibrion cholérique n'ont qu'une virulence minime, à ce point que M. Koch, qui les a

découvertes, a cru, après de nombreux échecs, que le choléra n'était pas inoculable aux animaux. D'un autre côté, les élèves de M. Pasteur, lors de la mission française en Egypte, n'ont qu'une seule fois réussi à donner le choléra à une seule poule. Or, il est facile de douer le virus cholérique d'une *virulence extrême* ; il ne faut, pour cela, que le porter sur un pigeon après un passage par le cobaye. Il tue alors les pigeons en leur produisant un choléra sec (avec exfoliation de l'épithélium intestinal). Ce qui est plus important encore, le microbe apparaît aussi dans le sang des pigeons qui ont succombé. Après quelques passages, ce microbe acquiert une telle virulence, que le sang des pigeons de passage, en dose d'une ou deux gouttes, tue tous les pigeons frais dans l'espace de huit à douze heures. Ce virus tue aussi, avec des doses encore plus petites, les cobayes.

Il est important de noter que tous les animaux de ces deux espèces — sans exception — succombent à l'infection virulente.

Avec ce virus, absolument mortel, nous avons pu constater l'existence d'une *immunité cholérique*. Ainsi, nous avons inoculé un pigeon deux fois avec une culture ordinaire (non virulente) du choléra : la première fois, dans les muscles pectoraux ; la deuxième, dans la cavité abdominale ; le pigeon est devenu réfractaire à l'infection réitérée par le virus le plus virulent : le sang des pigeons de passage. — Le fait de l'immunité a été ainsi acquis.

Maintenant, si l'on cultive ce virus de passage dans un bouillon nutritif, et si l'on chauffe ensuite cette culture à 120° pendant vingt minutes pour tuer sûrement tous les microbes qu'elle contient, on constate alors que le chauffage a laissé subsister une substance très active dans la culture stérilisée. Cette culture, en effet, contient une substance toxique qui détermine des phénomènes caractéristiques chez les animaux à l'expérience.

Inoculé en quantité de 4 centimètres cubes à un cobaye, le bouillon stérilisé produit un abaissement progressif de la température et la mort en vingt, vingt-quatre heures (à l'autopsie on trouve une hypérémie prononcée de l'estomac, des intestins, et, comme de raison, une absence complète de microbes cholériques) ; les pigeons succombent ainsi avec les mêmes phénomènes morbides. Seulement, ils sont plus résistants vis-à-vis de ce poison, et leur mort n'arrive qu'à la suite d'une dose de 12 centimètres cubes injectés à la *fois*.

Si, au contraire, on leur introduit cette même quantité de 12 centimètres cubes, mais en trois, quatre ou cinq jours (en injectant, par exemple, 8 centimètres cubes le premier jour, et 4 centimètres cubes le surlendemain), on ne les tue plus.

Sur ces pigeons on constate, en outre, un phénomène de la plus grande importance : ils sont devenus *réfractaires au choléra*. Le

virus le plus virulent, le sang d'un pigeon de passage, inoculé même en quantité d'un 1/2 centimètre cube, n'est plus capable de les tuer.

La vaccination des cobayes réussit encore plus facilement en leur introduisant le bouillon toxique et vaccinal par la quantité de 2 centimètres cubes; on les vaccine en deux ou trois séances. Ainsi nous sommes en présence d'une *méthode de vaccination préventive du choléra.* De plus, cette méthode est fondée, comme on l'a vu, sur l'emploi de vaccins stériles, et elle possède tous les avantages de la vaccination chimique : *la sûreté* et la *sécurité*, puisque le vaccin chimique peut être mesuré d'une manière tout à fait rigoureuse et introduit à des doses assez petites pour être entièrement inoffensif, tandis que la somme de celles-ci peut donner la quantité voulue, nécessaire pour une immunité complète. Ainsi, dans mes expériences, l'immunité est conférée *sans danger et sans exception*. Nous espérons, par conséquent, que cette méthode pourrait être appliquée à la *vaccination humaine*, pour préserver les populations du choléra asiatique.

Après cette lecture, M. Pasteur ajoute :

Dans une lettre particulière que j'ai reçue en même temps que la note qui précède, le Dr Gamaleïa s'exprime ainsi :

« Je vous autorise à déclarer que je suis prêt à répéter toutes mes expériences dans votre laboratoire à Paris, en présence d'une commission de l'Académie des sciences. Je m'offre également à trouver sur moi-même la dose inoffensive et suffisante pour la vaccination humaine, comme aussi d'entreprendre un voyage dans les pays ravagés par le choléra, pour prouver l'efficacité de la méthode.

« Si vous jugez nécessaires quelques autres détails, je puis vous les donner dans une note complémentaire où je pourrais vous parler de la durée de l'immunité, du mode d'infection, etc... »

En ce qui me concerne, continue M. Pasteur, il est inutile de dire que j'accepte avec empressement que les expériences de M. Gamaleïa soient faites dans mon laboratoire, conformément au désir qu'il m'en exprime. M. Gamaleïa a déjà travaillé à plusieurs reprises au milieu de nous, notamment dans l'année 1886, lorsqu'il fut envoyé à Paris par la municipalité d'Odessa, à la demande de la savante Compagnie des médecins russes de cette ville, afin d'étudier la pratique des inoculations préventives de la rage, méthode dont il nous fait connaître aujourd'hui une extension et une application si remarquables à la vaccination préventive du choléra asiatique. Mais, comme il le dit avec toute la modestie d'un grand inventeur, il adjoint aux méthodes de mon laboratoire les inspirations des pages publiées par moi sur le vaccin chimique de la rage dans le premier numéro des *Annales* de M. Duclaux et des belles et décisives expé-

riences du Dr Roux sur le vaccin chimique de la scepticémie, dans le numéro de décembre dernier de ces mêmes *Annales*.

D'après les travaux que je rappelle, les découvertes grandissent et s'accumulent en ce qui touche les vaccins chimiques. On ne saurait douter que nous en posséderons bientôt beaucoup d'autres. La connaissance de celui de la rage, par exemple, ne peut tarder à être connue et utilisée. Voici l'une des dernières expériences que j'ai faites avec l'assistance d'un de nos jeunes aides de laboratoire, Eugène Viala, qui a acquis dans l'art des trépanations une habileté particulière.

Le 16 novembre 1887, 15 centimètres en longueur de la moelle d'un lapin de 171e passage, mort rabique, ont été délayés dans 30 centimètres cubes de bouillon stérile, après qu'on eut porté le cylindre de moelle, pendant quarante-huit heures, à la température de 35 degrés. Deux chiens trépanés et inoculés par cette moelle diluée n'ont pas pris la rage, ce qui constitue la plus grande probabilité, sinon la certitude, que la moelle, par le chauffage au contact de l'air pur et sec, avait perdu sa virulence dans toute sa longueur. Cependant, les deux chiens traités avaient été rendus réfractaires à la rage, car, inoculés par trépanation le 23 mai 1888, avec la moelle bulbaire d'un chien mort de rage furieuse, ces deux chiens ont résisté et sont encore bien portants. La moelle chauffée, rendue non virulente, était donc vaccinale par un vaccin chimique. »

M. *le Président*, au nom de l'Académie, remercie M. Pasteur d'avoir fait connaître au monde savant cette découverte qui jettera une grande illustration sur le nom déjà célèbre de M. le Dr Gamaleïa.

NOTE SUR UNE BACTÉRIE PYOGÈNE ET SUR SON RÔLE DANS L'INFECTION URINAIRE. — M. *Guyon* lit cette note au nom de deux de ses internes : MM. *J. Albarran et A. Hallé.*

Les résultats expérimentaux rapprochés des constatations anatomo-pathologiques ont permis aux auteurs de poser les conclusions suivantes :

1° La bactérie qui fait l'objet de cette étude est un organisme pyogène infectieux. Habituellement et souvent, on la rencontre dans les urines purulentes, elle suffit à produire les inflammations suppuratives de l'appareil excréteur de l'urine et les abcès urineux.

2° Agissant sur le rein, elle y cause les diverses lésions de la néphrite infectieuse suppurée, soit qu'elle remonte directement du bassinet dans le tissu rénal (néphrite ascendante), soit qu'apportée par le sang, elle se localise secondairement dans la substance corticale.

3° Pénétrant dans le sang, elle provoque des accidents infectieux suraigus, aigus ou chroniques, souvent mortels.

Ces conclusions conduisent nécessairement à une double conclusion pratique; asepsie rigoureuse des opérations pratiquées sur les voies urinaires et surtout du cathétérisme, voies certaines d'introduction du micro-organisme dans la vessie; examen bactériologique des urines préalable à toute opération sanglante sur les voies urinaires. On trouve souvent dans cet examen un élément de pronostic sérieux et l'indication d'un traitement antiseptique préparatoire.

Trois observations recueillies par M. Albarran démontrent que le rôle pyogène et infectieux de la bactérie est général et qu'elle peut exercer tous ses effets pathogènes en dehors de la participation de l'appareil urinaire.

Cette communication est accompagnée d'une note sur la biologie de cette bactérie et d'une note bibliographique rappelant les travaux déjà faits sur ce sujet.

De la filariose. — M. *Lancereaux* commence une communication sur ce sujet; il décrit les lésions anatomo-pathologiques et parlera dans quinze jours de la partie symptomatologique et clinique.

La séance est levée à 5 heures.

NOUVELLES

Marseille. — Dans une de ses dernières séances, le Conseil municipal a émis un vœu exposant à MM. les Ministres de l'instruction publique, de la marine et de la guerre, que la municipalité de Marseille est prête à tous les sacrifices pour créer une Faculté et l'Ecole de santé militaire.

Parmi les raisons invoquées en faveur de ce vœu, le Conseil fait valoir que l'Etat ne saurait méconnaître, d'une part, qu'en dehors des avantages budgétaires et administratifs que présenterait la réunion, auprès de la même Faculté, des Ecoles de santé militaire (armée et marine), c'est un réel danger que de laisser une ville de 400,000 âmes sans de larges et vastes institutions de haut enseignement qui ne sont et ne peuvent être que des foyers de lumière et de moralisation, et, d'autre part, qu'il voudra bien se rappeler qu'il « n'y a pas, dans tout l'univers civilisé, une ville aussi importante que Marseille qui ne soit dotée d'Université. » Cette situation déplorable, conséquence de l'excès de la centralisation, peut et doit être modifiée.

« L'édification d'une Faculté de médecine ayant pour annexes les Ecoles de la marine et de la guerre, sera la pierre d'attente de cette future Université méditerranéenne, que Marseille scientifique réclame depuis plus de vingt ans. » (*Bulletin médical.*)

Les pharmaciens de seconde classe. — Le président de la Société de prévoyance et Chambre syndicale des pharmaciens de première classe de la Seine ayant demandé à la Société de pharmacie de vouloir bien se

joindre à la Société de prévoyance dans une démarche auprès du ministère de l'instruction publique pour obtenir le retrait de l'arrêté Duruy, celle-ci après avoir entendu MM. Delpech, Planchon, Desnoix et Crinon, a adopté la résolution suivante :

« La Société de pharmacie de Paris, considérant que les démarches entreprises par la Société de prévoyance et Chambre syndicale des pharmaciens de première classe de la Seine, en vue d'obtenir le retrait de l'arrêté Duruy, sont réclamées par l'intérêt de la santé publique et aussi par l'intérêt des études supérieures, déclare s'y associer entièrement. »

COMPOSITION CHIMIQUE DE L'HOMME. — D'après le journal anglais l'*Iron*, on trouve dans le corps humain 13 éléments, dont 5 de gaz et 8 solides. Un homme de 76 kilogrammes représente : 44 kilogrammes d'oxygène, 7 kilogrammes d'hydrogène, 1 kil. 72 d'azote, 600 grammes de chlore, 100 grammes de fluor ; — 22 kilogrammes de charbon, 800 grammes de phosphore, 100 grammes de soufre, 1,750 grammes de calcium, 80 grammes de potassium, 50 grammes de magnésium, 50 grammes de fer; — nul métal précieux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Librairie illustrée vient de publier **Le Docteur Fabrice**, par le docteur J. RENGADE : le roman du médecin, par un médecin ! Avec le nombreux public demeuré fidèle au sympathique vulgarisateur, le corps médical tout entier prendra le plus vif intérêt à cette nouvelle œuvre.

C'est un récit patriotique, un drame des plus émouvants, qui sert de thème au docteur J. RENGADE, pour démontrer que les hommes, en dépit des frontières qui les séparent, ont partout le même cœur et les mêmes sentiments.

Cette généreuse vérité ne jaillit pas seulement du grand caractère du héros, du rôle superbe que remplit le docteur Fabrice dans un des plus mémorables épisodes de la guerre de 1870. Elle se dégage surtout des scènes d'ardente passion qui succèdent à la bataille ; des souffrances du capitaine Franz Büchner, « l'ennemi intime » ; de la fin si terriblement dramatique du docteur dans les ruines désolées du château de Frambourg.

A la veille de la grande manifestation pacifique que la France prépare avec l'Exposition de 1889, ce beau livre, d'une si haute portée philosophique et sociale, vient à point parler d'apaisement, de concorde, et plaider la cause si compromise de l'humanité. Tous les confrères du docteur J. RENGADE lui sauront gré de cette inoubliable figure du docteur Fabrice. Tous les lecteurs conviendront, avec Jules Claretie, à qui l'ouvrage est dédié, qu'en faisant la guerre à la haine, l'auteur continue bien son rôle de docteur qui fait la guerre à la mort.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

PILULES DE BLANCARD

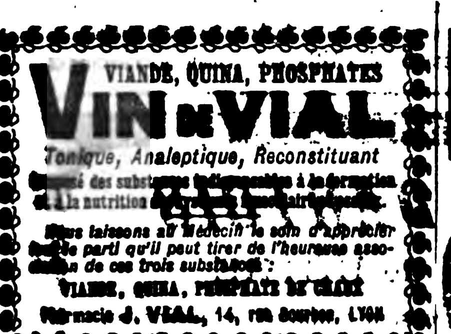
à l'iodure ferreux inaltérable

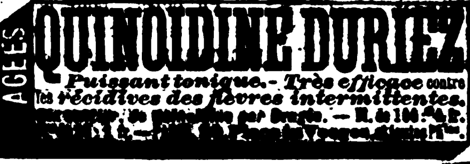
APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

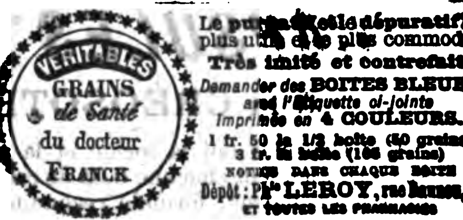
Employées dans l'Anémie, la Chlorose, la Leucorrhée, l'Aménorrhée, la Cachexie scrofuleuse, la Syphilis constitutionnelle, le Rachitisme, etc., etc.

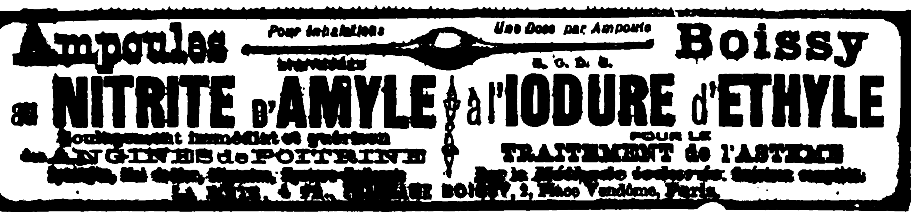
N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre :

Pharmacien à Paris, 40, Rue Bonaparte.









ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE DE ROUEN

FONDÉ EN 1853

L'établissement hydrothérapique de Rouen a été fondé en 1853. Il est installé dans un ancien couvent situé à mi-côte d'une colline de 125 mètres, au milieu de vastes et beaux jardins. Cet établissement est alimenté par une source abondante à une température de 9° centigrades.

Douches en jet, en pluie, en cercles, écossaises, lavements, douches sulfureuses.

Deux vastes piscines, destinées l'une aux hommes, l'autre aux dames.

L'installation contient, en outre, des salles d'étuves et des cabinets de sudation.

Traitement des maladies chroniques, particulièrement des maladies nerveuses : hystérie, chorée, hypocondrie, névralgies longues et rebelles, chlorose, anémie, lymphatisme, surtout chez les enfants, dyspepsie, inflammation de l'appareil digestif, de la matrice et de la vessie, pertes séminales, congestions, particulièrement celles du foie et de la moelle épinière, certaines paralysies, rhumatismes chroniques, scrofule, diabète, albuminurie, fièvres intermittentes récentes ou anciennes, cachexies, etc.

L'établissement est ouvert toute l'année et reçoit des pensionnaires et des externes

SALONS DE LECTURE, DE JEU, BILLARDS, PROMENOIRS COUVERTS, ETC.

Adresser les demandes de renseignements au Directeur, M. le D **Descamps**, 10 bis, rue du Champ-des-Oiseaux, à Rouen.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 99. SAMEDI 25 AOUT 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome II. N° 99 Samedi 25 Août 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Des causes de la prostitution.

Par le Dr L. Reuss (1).

(*Suite*).

Les ateliers et les magasins; les mauvaises fréquentations. — Une fille d'ouvriers, dès qu'elle a atteint l'âge auquel on peut lui faire apprendre un métier, est placée par ses parents dans un atelier ou dans un magasin. Les ateliers parisiens, qu'ils soient dans une usine, que ce soient des ateliers de modistes, de brunisseuses, de fleuristes, de brocheuses, de polisseuses, de piqueuses de bottines, etc., se ressemblent tous. Les apprenties et les ouvrières s'y rendent dès le matin et il est rare qu'elles rentrent chez elles pour le déjeûner de midi. Elles mangent soit à l'atelier, sur le coin d'une table, les maigres provisions apportées de la maison ou quelque charcuterie que le *trottin* est allé chercher dans la boutique voisine; soit dans l'établissement d'un marchand de vins ou dans une crèmerie, où elles soutiennent les œillades des ouvriers voisins, et où elles ébauchent souvent des liaisons qui ne se terminent pas toutes à la mairie.

Si elles déjeunent à l'atelier, la conversation n'est pas plus choisie. La patronne mange chez elle et ne surveille pas ses ouvrières. La lecture des petits journaux à un sou, avec leurs faits divers affriolants, leurs feuilletons si intéressants, accompagne le déjeuner. Les ouvrières plus âgées se racontent leurs aventures galantes, se confient mutuellement leurs plaisirs ou leurs chagrins d'amour. Ces confidences, ces récits se poursuivent à voix basse pendant les heures de travail; les petites écoutent et en font leur profit. Elles ont l'imagination obsédée du souvenir du beau jeune homme qu'a dépeint le feuilleton du jour et rêvent tout éveillées aux aventures de l'héroïne romanesque qu'elles viennent de laisser en tête à tête avec son amoureux.

Elles sont donc admirablement préparées pour la séduction; celle-ci sera-t-elle tentée par le patron lui-même, qui vend sa protection au

(1) V. *France méd.*, n. 97 et 98.

prix de complaisances coupables; par le placier qui offre « *un verre de quelque chose* » à la sortie du magasin ou un billet de théâtre pour le soir ; ou enfin par un individu quelconque qui aura rencontré la jeune fille par hasard, l'aura suivie et attendue à plusieurs reprises, à la sortie ; peu importe, la séduction est fatale.

Le danger est encore plus grand lorsque, au lieu de travailler dans un atelier où l'on n'emploie que des femmes, la jeune fille est entrée dans une de ces usines, grandes ou petites, où ouvriers et ouvrières sont continuellement en contact. La promiscuité avec ces ouvriers, gouailleurs et débauchés, finit par émousser la pudeur; on s'attend à la sortie, on s'accompagne et le dimanche on organise des parties de campagne dont on ne revient pas toujours comme on était partie. Daus ces ateliers d'usine, du reste, comme dans les autres, les patrons et les contremaîtres abusant de leur autorité, exigent quelquefois d'ignobles compromissions pour prix d'un léger avantage.

Il est vrai que ces pauvres filles n'ont pas de sauvegarde ; elles n'ont pas reçu d'éducation, c'est à peine si on leur a donné un semblant d'instruction ; leur sentiment de moralité est fort peu développé ; elles vivent dans un milieu où tout contribue à l'amoindrir et où la tâche de prédilection des hommes semble être de triompher glorieusement de la vertu des femmes ; elles sont sans défense.

Et chez elles, dans la maison qu'elles habitent, quel mélange d'êtres plus ou moins perdus. Il faut avoir pénétré dans ces grandes casernes parisiennes pour s'en rendre un compte exact : des maisons de cinq et six étages ; des petits logements, en grand nombre sur le même palier; des escaliers, des balcons, des cabinets d'aisance communs. On se lie facilement de iogement à logement, de fenêtre à fenêtre ; des amitiés s'établissent, sans que l'on sache au juste ce qui les a fait naître, ou si elles sont bien placées. On se groupe entre jeunes filles et jeunes femmes ; on a de longues causeries le soir, dans les cours ou sur le pas des portes, après le travail de la journée ; on se promène en bandes, s'il fait beau, à la tombée de la nuit, sous les arbres des boulevards extérieurs ; on visite ensemble les fêtes foraines, on fréquente de concert les bals interlopes. Les plus hardies encouragent les plus timides ; on accepte des saladiers de vin chaud offerts discrètement ; on se risque à la valse et au quadrille ; puis on va dans des cabarets plus ou moins borgnes ; on a pris enfin l'habitude de se rencontrer, jusqu'à ce que, un beau jour, le cavalier devienne plus entreprenant ; la jeune fille se défend mollement et finit par céder et par faire comme les autres. La faute n'est condamnée que si elle est publique, et toutes espèrent bien que personne n'en saura jamais rien.

Le « *monsieur riche* » que la légende met à l'origine de la chute

des filles du peuple n'existe pas ou du moins il n'existe pas souvent, comme le fait observer très justement M. Maxime Du Camp. La fille du peuple tombe par le peuple. Ce sont ses pareils, des ouvriers comme elle, qui ont l'étrenne de sa beauté et de sa virginité. L'homme du monde qui plus tard la couvrira d'or et de bijoux n'a que leurs restes.

La domesticité. — Les observations de Parent-Duchâtelet et de M. Jeannel, qui concordent avec les miennes, prouvent qu'une forte proportion des prostituées inscrites est fournie par d'anciennes domestiques. Quelles sont les raisons qui poussent ainsi les servantes dans la prostitution ?

Il me semble qu'avant tout il faut faire justice de la croyance, accréditée par certains moralistes, que la séduction des servantes par leurs maîtres est une des grandes causes de la prostitution. Devenues mères, ces filles seraient impitoyablement chassées et n'auraient plus d'autres ressources que de se prostituer. Cette idée est d'autant plus fausse que la plupart des servantes ont été séduites avant d'entrer en condition. Il arrive évidemment, de temps à autre, qu'une domestique devienne la maîtresse de son maître ; mais ce fait ne saurait être généralisé, et s'il doit être mentionné dans une étude comme celle-ci, il est nécessaire aussi de le réduire à sa juste valeur.

Un grand nombre de filles, je le répète, ont été séduites avant de se placer ; pour quelques-unes d'entre elles, c'est leur mauvaise conduite qui les a obligées à quitter le pays natal et à chercher une place au dehors. Celles-là, une fois entrées en condition, continueront leur premier genre de vie, pour peu que la surveillance de leurs maîtres ne soit pas trop gênante.

Beaucoup de servantes sont issues de familles qui, par suite de démoralisation et d'ivrognerie, sont tombées dans la misère et n'ont pu donner à leurs enfants des exemples recommandables.

La plupart sont d'une intelligence très ordinaire, peu économes, sans esprit de suite ou de conduite. Leur moralité est douteuse. Elles vont d'une place à l'autre, sans regret ; quand elles n'en ont pas, elles se logent chez des placeuses, ou chez ces femmes qui, sous prétexte d'offrir un asile aux servantes momentanément inoccupées, les entassent dans de petites chambres moyennant une redevance assez élevée. Elles y sont mêlées les unes aux autres et y reçoivent le plus souvent des conseils et des leçons où la morale n'est pour rien.

Pour celles qui sont en place, la disposition même des appartements parisiens est une cause de perte. Il est rare qu'à Paris, où les loyers sont chers, où les familles sont à l'étroit dans des locaux insuffisants, les servantes couchent dans l'appartement des maîtres. Dans les familles où il y a des enfants en bas âge, chez les personnes

âgées, on sacrifie quelquefois une pièce pour y loger une bonne, afin de l'avoir sous la main en cas d'alerte. Mais l'immense majorité des domestiques a ses chambres dans l'étage supérieur de la maison, au cinquième ou au sixième. Les maîtres ne montent jamais dans ces chambres ; on y arrive par l'escalier de service et la concierge, intéressée à fermer les yeux, tolère les allées et venues. Naturellement les relations ébauchées d'une cuisine à l'autre se continuent et se cimentent le soir dans le couloir commun ; on voisine ; une servante plus dégourdie emmène l'autre au bal, où bientôt elle fait une connaissance. Lorsque des domestiques mâles habitent le même étage, les choses vont plus vite encore, et les liaisons s'établissent facilement. Quoi qu'il en soit, la chose s'ébruite ; souvent il survient une grossesse, dont les maîtres s'aperçoivent enfin et qui provoque le renvoi de la domestique. Le certificat qu'elle obtient n'est pas toujours flatteur, les renseignements qu'on donne sur elle sont mauvais. Les bonnes places lui sont fermées ; les mauvaises même deviennent plus rares et ses ressources commencent à tarir. La pauvre femme n'ose pas retourner dans son village, où elle veut qu'on ignore sa faute, et elle vient finalement, après un certain nombre d'aventures, échouer au bureau des mœurs de la préfecture de police.

Il est à remarquer que les amants des domestiques sont en général des cochers ou des valets de chambre, des employés de bureau ou des commis de magasin, et surtout des militaires. L'uniforme exerce sur cette classe de femmes un prestige irrésistible ; on a souvent plaisanté sur le *pays* et la *payse ;* mais il y a dans le sentiment qui pousse l'un vers l'autre deux êtres issus du même village ou de la même contrée quelque chose de naïf et de touchant. C'est par les souvenirs réciproques que ces liaisons se nouent tout d'abord ; peu à peu, l'amour du clocher natal fait place à un attachement d'une autre nature et il n'y a rien d'étonnant à ce que la pauvre servante dépaysée dans la grande ville et le soldat, isolé au milieu du bruit de la caserne, finissent par se donner l'un à l'autre.

L'appât du plaisir, le goût du luxe. — Il suffit d'indiquer ces deux causes, sans qu'il soit nécessaire de s'étendre beaucoup sur elles. Elles exercent leur influence non seulement sur la classe moyenne, mais aussi sur la classe pauvre.

Elevée dans des goûts qui ne sont pas ceux de sa classe, habituée à un luxe qu'il n'est pas possible de soutenir longtemps, incapable de faire œuvre de ses dix doigts, la jeune fille qui a été élevée ainsi, après avoir essayé peut-être de courir le cachet pendant quelques mois, souffrant dans ses appétits, dans son corps, dans ses habitudes, fait bon marché de la honte et s'adonne à la débauche.

Quant aux jeunes filles pauvres, il est certain que le goût du luxe

a fait chez elles des progrès considérables depuis quelques années; leur toilette n'est plus en rapport avec leur position; elles ont des besoins, des habitudes qui étaient inconnus aux filles de leur classe, il y a quarante ans; le désir de briller, d'éclipser leurs amies, d'exciter leur jalousie en portant un joli costume, un chapeau seyant ou un porte-bonheur, est pour beaucoup d'entre elles la cause première de la ruine définitive.

(*A suivre.*)

CONGRÈS INTERNATIONAL D'OPHTHALMOLOGIE

Tenu à Heidelberg du 8 *au* 11 *août* 1888.

—

Le septième congrès international d'ophthalmologie s'est ouvert à Heidelberg, le 8 août, dans la grande salle de l'Université. Environ deux cents ophthalmologistes se sont trouvés réunis.

Le bureau a été ainsi composé : président, M. Donders (d'Utrecht); vice-président, M. Stehender (de Rostock); secrétaires généraux, MM. Hess (de Mayence) et Stilling (de Strasbourg); secrétaires, MM. Valude (de Paris), Brettaner (de Trieste) et Swanzy (de Dublin).

Séance du 8 *août.*

De l'ophthalmométrie. — M. *Javal* expose les modifications qu'il a fait subir à l'ophthalmomètre de Helmholtz, dans le but de le rendre plus pratique. Avec cet instrument, on peut mesurer avec facilité et précision l'astigmatisme de la cornée.

De l'action du muscle droit interne dans les mouvements associés latéraux et dans ceux de l'accommodation et de la convergence. — M. *Græfe* (de Halle). Les muscles droits internes sont doués de mouvements associés latéraux et de mouvements de convergence entièrement distincts les uns des autres. Aussi, est-il probable qu'il existe deux centres distincts pour ces deux ordres de mouvements. Dans certains cas, les mouvements dus à l'accommodation sont supprimés et ceux d'un autre ordre sont conservés; on peut, dans ces cas, attribuer l'insuffisance accommodative à l'épuisement musculaire; M. Græfe a observé un cas de conservation des mouvements de convergence avec suppression des autres mouvements des droits internes. Les faits les plus démonstratifs sont ceux dans lesquels on trouve une suppression des mouvements associés avec conservation de la convergence. En présence de ces types cliniques, il est difficile de nier l'existence de plusieurs centres distincts chargés de présider aux mouvements des muscles droits internes.

M. *Landolt* confirme les résultats de M. Græfe. Dans la névrosthénie des ataxiques et chez les hystériques atteints de contractions hystériques des droits internes, on constate l'intégrité absolue des champs de fixation avec suppression plus ou moins complète des mouvements associés latéraux.

Séance du 8 *août* (soir).

Causes et traitement du strabisme. — M. *Landolt*, rapporteur, donne d'abord la définition du strabisme, Il y a strabisme toutes les fois que les deux yeux ne sont pas dirigés simultanément sur l'objet fixé. L'absence de la vision binoculaire et de l'accommodation prédispose au strabisme.

Parmi les causes déterminantes, il faut citer en premier lieu la connexité entre la convergence et l'accommodation, surtout dans les yeux amétropes ; en second lieu, l'incongruence de la rétine et du système moteur et protecteur de l'œil et l'empire plus ou moins grand que l'individu exerce sur les mouvements de ses yeux; en troisième lieu, l'écartement excessif et la difformité des orbites et des yeux, l'insertion vicieuse, le défaut de longueur et de force des muscles moteurs.

Enfin les causes centrales du strabisme concomitant sont les altérations des centres de convergence et de divergence observées dans l'asthénopie musculaire névrosthénique, dans l'hystérie, dans l'ataxie locomotrice et dans d'autres affections du système nerveux central.

Si le strabisme est récent, on pourra le traiter par les exercices stéréoscopiques. Les méthodes orthoptiques sont en général précieuses surtout comme complément du traitement chirurgical.

Dans le strabisme convergent d'origine accommodative, le repos des yeux, les mydriatiques, les verres convexes et s'il y a lieu un traitement stimulant sont indiqués, avant que l'on n'en vienne au traitement opératoire.

La ténotomie est indiquée, lorsque les muscles antagonistes sont puissants. Il faut abandonner l'emploi des sutures, car elles font sortir l'œil de son entonnoir musculaire et lui font perdre de sa motilité aussi bien d'un côté que de l'autre. Au contraire, la ténotomie modérée augmente l'action du muscle antagoniste sans diminuer notablement celle du muscle détaché.

Si le muscle qui agit en sens inverse du strabisme est affaibli, l'avancement musculaire est préférable à la ténotomie. Les scléroses ligamenteuses qui rattachent les muscles oculaires à l'orbite et qui, pendant la contraction de ces dernières, jouent le rôle de tendons d'arrêt, se relâchent par l'avancement musculaire, tandis qu'ils se tendent par le reculement et contribuent ainsi à l'affaiblissement du muscle ténotomisé.

Dans les cas de strabisme élevé, l'avancement doit être combiné avec la ténotomie de l'antagoniste. Pour augmenter l'effet de la ténotomie, M. de Wecker préconise l'avancement de la capsule de Ténon du muscle antagoniste.

Toute opération sur les muscles oculaires doit être accompagnée d'un traitement orthoptique destiné à compléter son effet.

Dans le strabisme divergent réel, il y a moins à compter sur la médication pacifique ; il faut opérer plus tôt et plus souvent.

Le strabisme supérieur et le strabisme inférieur accompagnent souvent les degrés élevés des déviations latérales et disparaissent avec ces dernières. Parfois au contraire le strabisme vertical est dû à une correction énergique du strabisme horizontal ; on y remédie au moyen d'exercices orthoptiques ou par des prismes. Quand le strabisme vertical est de date ancienne, l'opération ne peut être évitée.

M. *Schweigger* (de Berlin) préfère l'avancement musculaire aux autres procédés ; cette méthode donne un moyen très exact de doser la correction.

M. *Knapp* (de New-York) est très partisan de l'avancement capsulaire de M. de Wecker, il le pratique dans 50 0/0 des cas, mais il le modifie un peu suivant les cas en prenant dans le fil non seulement la capsule, mais le muscle et même le tissu épiscléral sous-jacent. Il pense que l'effet correcteur est dû en réalité au plissement du muscle.

M. *de Wecker*. L'avancement capsulaire combiné à la ténotomie réussit toujours, même dans les forts degrés de strabisme. Il ne pratique plus l'avancement musculaire que dans le strabisme paralytique extrême et quand on ne cherche plus aucune correction optique.

Rapports entre la conformation du crane et la conformation du globe oculaire. — M. *Stilling* (de Strasbourg). La conformation de la cavité osseuse du crâne et spécialement de l'orbite joue le rôle principal dans la production des états amétropiques de l'œil. Les cavités orbitaires dont la voûte est surbaissée prédisposent à la myopie ; la disposition contraire à l'hypermétropie. A l'égard de l'anisométropie, la loi est plus difficile à formuler.

M. Schmidt Rimpler (de Strasbourg) a dressé une statistique qui porte sur un nombre de cas bien moins considérable, mais ses résultats sont plutôt en opposition avec la conclusion formulée par M. Stilling.

M. *Cohn* (de Breslau) trouve qu'il faut être prudent, avant d'avancer que les vices de réfraction tiennent à la conformation du crâne. Il serait fâcheux qu'on pût dire que la myopie par exemple tient à une disposition osseuse congénitale. On serait alors privé des quelques moyen d'action dont on dispose contre elle.

(*La suite au prochain numéro*).

BIBLIOGRAPHIE

LES VÉNÉRIENS ET LE DROIT COMMUN, par le Dr *A. Malécot*, ancien interne des hôpitaux (Paris 1888, G. Carré, éditeur).

Dans cet intéressant travail, le Dr Malécot se montre nettement l'adversaire de la réglementation de la prostitution, tout en reconnaissant combien cette question est délicate et difficile à résoudre. C'est qu'en effet la prostitution a pour causes multiples la satisfaction impérieuse du besoin génésique, la pauvreté, les passions naturelles à l'homme, enfin les besoins qu'il s'est créés par la civilisation. Tant qu'il y aura des hommes volages, des femmes pauvres, paresseuses, coquettes et aimant le luxe, la prostitution existera. Elle n'est donc pas près de s'éteindre et il faut seulement songer à la diminuer. Mais comment ? « L'amoindrissement de la misère, la moralisation et la protection des jeunes filles, la création de refuges pour les femmes malheureuses, les facilités du travail accordées à toutes, une éducation qui développe chez elles le goût de la vie de famille : tels seront à cet égard les moyens les plus efficaces. Aux législateurs et aux philanthropes à les employer. » Nous craignons fort qu'ils n'y parviennent de sitôt.

Quant au développement des maladies contagieuses, c'est au médecin qu'il appartient de l'enrayer. Et quels moyens avons-nous pour cela ? Populariser les mesures d'hygiène préventive, soigner les malades, perfectionner notre thérapeutique. Populariser les mesures d'hygiène, c'est-à-dire intéresser les vénériennes à se soigner, et pour cela multiplier les dispensaires et les consultations gratuites, leur ouvrir largement les hôpitaux, les traiter en malades, et ne pas les éloigner par la crainte d'un emprisonnement. « La prostituée est la première intéressée à se bien porter, écrit le Dr Malécot. Les femmes galantes aisées sont en général très propres, très soigneuses de leur corps, ont une crainte salutaire des maladies vénériennes, et, pour conserver leur clientèle, consultent très facilement le médecin. Les prostituées pauvres feront de même et se rendront volontiers à l'hôpital lorsqu'elles auront la sécurité d'en sortir à volonté. » Hélas ! nous avons grand'peur que le Dr Malécot ne se fasse illusion sur ce point ; nous pouvons dire que nous en sommes certain. Il suffit en effet de voir ce qui se passe chaque jour, à Lourcine, dans un hôpital libre, où les malades entrent et sortent comme elles le veulent. Certes, la prostituée aisée est en général propre et surveille sa santé ; mais il est loin d'en être ainsi de la prostituée pauvre ; celle-là est très souvent malpropre et se soucie fort peu de ce qui lui arrive, nous parlons de la prostituée libre bien entendu. Nous avons eu en effet à Lourcine l'occasion de soigner quelques

prostituées en carte, elles étaient propres, se soignaient dès qu'elles étaient et tant qu'elles étaient malades et ne donnaient lieu à aucun reproche dans la salle. Combien de fois au contraire n'avons-nous pas vu des prostituées libres ne venir à l'hôpital que longtemps après le début d'accidents qu'elles connaissaient parfaitement, dans un état de saleté repoussante ; combien d'autres sont parties malgré nous, histoire d'aller « rigoler un brin — faire quelque michet sérieux pour avoir de la braise — etc., » pour revenir quelques jours ou quelques semaines après réclamer leur admission après avoir semé un peu partout la contamination ?

La persuasion peut elle quelque chose sur elles ? Nous en doutons fort. Dans un autre ordre d'idées ne voyons-nous pas ce qui se passe pour les maladies contagieuses ? et le Dr Malécot croit-il par exemple que les circulaires du préfet de police, indiquant à la population parisienne qu'il est dangereux de transporter dans des voitures publiques des malades atteints de maladies contagieuses et les prévenant que des voitures spéciales sont mises gratuitement à leur disposition, aient changé quelque chose ? Il suffit de voir à la porte des hôpitaux d'enfants ce qui se passe ? Rougeole, scarlatine, diphtérie, etc., tout ou presque tout arrive dans des voitures publiques, fiacres ou omnibus. Eh bien, il en sera de même pour la prostitution ; la persuasion n'y fera rien. « Pourquoi donc se gêner ? Celui qui m'a rendue malade, est-ce qu'il ne le savait pas ? Est-ce que ça l'a retenu ? » Cette triste réponse que me faisait à Lourcine une prostituée, pauvre alors, aisée aujourd'hui, mettait en effet le doigt sur une autre plaie. « Des agents de la propagation vénérienne, dit M. Mauriac, ceux du sexe masculin sont quelquefois aussi coupables que ceux du sexe féminin. » Nous dirions volontiers qu'ils sont plus coupables, mais ici que faire ? La liberté de la prostitution modifiera-t-elle cet état de choses, et verrons-nous les maladies vénériennes diminuer en empêchant l'administration d'intervenir dans les rapports sexuels ? Malgré tout le talent développé par le Dr Malécot pour soutenir sa thèse, nous avouons ne pas être convaincu.

Dr É. DESCHAMPS.

NÉCROLOGIE

Le Dr BARON, médecin consultant aux eaux d'Allevard (Isère).

NOUVELLES

CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS. — Un arrêté ministériel en date du 10 août modifie l'organisation de la Clinique

nationale ophthalmologique annexée à l'Hospice des Quinze-Vingts et institue quatre médecins dont deux titulaires et deux adjoints. Sont nommés titulaires MM. les Drs Trousseau et Abadie ; adjoints, MM. les Drs Chevallereau et Valude. Ces nominations ont été notifiées hier 23 août aux quatre intéressés qui vont entrer immédiatement en fonction.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. Callot, Pfender, Dagron, Mordret, Isch Wall et Arnould sont nommés, pour une période de quatre ans, aides d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de MM. Festal et Metaxas dont la délégation est expirée ; Delbet, Villemin et Potherat appelés à d'autres fonctions, et Demoulin démissionnaire.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. le Dr Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Cochin, est chargé d'une mission en Russie, à l'effet d'étudier, dans les grands établissements hospitaliers et les principaux centres d'instruction médicale de ce pays, l'enseignement et les progrès de la thérapeutique.

— M. Viault, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, est chargé d'une mission en Espagne, à l'effet d'y étudier l'organisation de l'enseignement médical.

LA DISSERTATION INAUGURALE DE PHARMACIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — Par délibération approuvée par le ministre de l'instruction publique, l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse a décidé que les candidats au grade de pharmacien auraient à présenter au troisième examen un travail imprimé qui prendra le nom de *dissertation inaugurale*.

Il est curieux de rapprocher cette décision de ce qui se passe depuis quelques années dans les Ecoles supérieures de pharmacie où la présentation d'une thèse ou dissertation pour le grade de pharmacien de première classe est facultative. Aussi, si l'on comptait le nombre des pharmaciens admis dans chaque école par celui des thèses soutenues, on arriverait aux résultats suivants pour l'année 1886-87 : Ecole de Montpellier, 37 thèses ; Ecole de Paris, 6 ; Ecole de Nancy, 1 ; Facultés mixtes de Bordeaux, de Lille, de Lyon, 0. (*Lyon médical.*)

GIRAUD-TEULON. — Dimanche dernier la plupart des médecins de Saint-Germain ont rendu un pieux hommage à la mémoire du regretté Giraud-Teulon, mort il y a un an, en allant déposer une couronne sur sa tombe. Le jour des funérailles ils s'étaient abstenu de toute manifestation pour obéir aux dernières volontés de l'éminent ophthalmologiste. Ils ont profité de cet anniversaire pour témoigner qu'ils conservaient religieusement le souvenir de cet excellent homme qui fut leur maître et ami.

LES DOCTORESSES A NEW-YORK. — Le journal anglais *Ladies Pictoriail* nous apprend qu'il y a à New-York 450 femmes qui excercent la médecine. Le nombre des femmes médecins est encore plus grand à Brooklyn et dans les autres États.

LONGÉVITÉ AU JAPON. — Du dernier recensement fait au Japon il

résulte que la population au 1er janvier 1887 s'élevait à 38,507,177 habitants. Le nombre des personnes de 70 à 80 ans est de 1,085,001; celui de 80 à 90 ans, est de 227,055; enfin, 97 centenaires, dont 73 femmes et 24 hommes.

Docteurs en médecine reçus par les universités allemandes pendant l'année scolaire 1886-1887. — Des documents authentiques que nous avons entre les mains, il ressort que les vingt Universités allemandes (il ne s'agit que de l'empire allemand) ont reçu, en 1886-1887, 847 docteurs en médecine. L'année précédente (1885-1886) elles avaient délivré 689 diplômes. En France, les six Facultés de médecine avaient reçu 546 docteurs en 1885-86 et 624 en 1886-87.

Pour le lecteur que la question peut intéresser, voici la répartition des docteurs entre les diverses Universités allemandes pendant les années scolaires :

	1886-87	*1885-86*
Berlin.......	132	124
Bonn........	61	39
Breslau......	25	28
Erlangen....	35	12
Friburg......	13	7
Giessen......	8	1
Gothingen...	19	21
Greifswald...	60	47
Halle........	26	30
Heidelberg...	13	10
Iéna.........	29	14
Kiel.........	27	31
Kœnisberg...	26	10
Leipzig......	0	0
Marburg.....	18	19
Munchen....	124	94
Rostock.....	4	4
Strassburg...	17	46
Tubingen....	21	20
Würzburg...	188	132
	847	689

Restitution du diplome après décès. — Le ministre de l'intérieur de l'Empire ottoman vient d'ordonner la restitution à l'Ecole de médecine du diplôme ayant appartenu à tout médecin ou pharmacien décédé. Cette excellente mesure, dont le but est d'empêcher les empiriques de se servir abusivement du diplôme de personnes décédées, devrait bien être adoptée en France et surtout en Algérie où l'on a constaté, il y a quelques années, le scandale professionnel dû à l'appropriation du diplôme d'un docteur-médecin décédé à Marseille par un garçon d'une droguerie.

(*Journal de médecine d'Alger.*)

La saccharine. — Dans sa séance du 13 août, le Comité consultatif d'hygiène publique de France a approuvé les conclusions suivantes d'un

rapport de MM. Brouardel, Pouchet et Ogier, sur l'emploi de la saccharine dans les produits alimentaires, au point de vue de l'hygiène :

1° La saccharine n'est pas un aliment et ne peut pas remplacer le sucre ;

2° L'emploi, dans l'alimentation, de la saccharine ou des préparations saccharinées suspend ou retarde les transformations des substances amylacées ou albumineuses dans le tube digestif ;

3° Ces préparations ont donc pour effet de troubler profondément les fonctions digestives. Elles sont de nature à multiplier le nombre des affections désignées sous le nom de dyspepsie ;

4° L'emploi de la saccharine est donc trop récent pour que les conséquences d'une alimentation dans laquelle entrerait journellement de la saccharine, puissent être toutes bien déterminées ; mais, dès maintenant, il est établi que son usage a, sur la digestion, une influence nuisible, et nous sommes en droit de conclure que la saccharine et ses diverses préparations doivent être proscrites de l'alimentation.

Bulletin de la mortalité *du* 12 *au* 18 *août* 1888. — Fièvre typhoïde 8. — Variole, 2. — Rougeole, 24. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, Croup, 24. — Phthisie pulmonaire, 152. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs cancéreuses et autres, 49.

Méningite, 40. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 36. — Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 3. — Maladies organiques du cœur, 38.

Bronchite aiguë et chronique, 39. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 40.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 134.

Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 18. — Suicides et autres morts violentes, 26. — Autres causes de mort, 155. — Causes inconnues, 8.

Nombre absolu de la semaine : 869. — Résultat de la semaine précédente : 869.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine, *place de l'École-de-Médecine.*

Maladies du larynx, laryngoscopie et technique thérapeutique locale à l'usage des praticiens et des étudiants, par le Dr J. Gottstein, privat docent à l'Université de Breslau, traduit de l'allemand et annoté par le Dr L. Rougier, médecin de la clinique des maladies du larynx du Dispensaire général de Lyon, membre de la Société française d'otologie et de laryngologie. 1 vol. in-8° de 370 pages, avec 38 figures dans le texte. Prix : 7 francs.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

Trente-cinquième année. — Tome II. N° 100. Mardi 28 Aout 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 19, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.





35e Année. — Tome II. N° 100 Mardi 28 Août 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Des causes de la prostitution.

Par le Dr L. Reuss (1).

(*Suite et fin.*)

Les livres et les gravures obscènes. — Le débordement de livres et de gravures immoraux, à la marée montante duquel nous assistons depuis un certain nombre d'années, est une des causes efficientes les plus sérieuses de la prostitution.

La littérature qui, soit au théâtre, soit dans le roman, élève la courtisane sur un piédestal de marbre, a une large part de responsabilité dans la perversion des mœurs publiques. Dans presque tous les romans modernes, et je ne parle pas ici des moins célèbres, la courtisane tient la première place. Sur la scène, aussi bien que dans le livre, on cherche à la réhabiliter, à lui faire la place toujours plus belle et plus grande ; on la montre sous les dehors les plus brillants ; riche, fêtée, aimée, menant une existence de plaisirs à côté de laquelle la vie d'une honnête femme paraît bien calme et bien morose. Les jeunes filles qui écoutent ces pièces de théâtre ou qui lisent ces romans, ne peuvent manquer de faire la comparaison et de se dire, qu'après tout, la prostitution n'est pas une chose si abominable puisqu'elle trouve tant de poètes et d'écrivains pour la célébrer.

Les journaux qui dans les échos mondains relatent les faits et gestes des « *grandes horizontales* », qui parlent de leurs hôtels, de leur mobilier, de leurs toilettes ; qui racontent les fêtes qu'elles donnent et citent le nombre de leurs amants, sont eux aussi des agents actifs de corruption. Ils mettent au cœur des filles qui les lisent une sourde envie ; ils les habituent à ne plus considérer la débauche comme une honte, mais presque comme une gloire ; ils émoussent leur sens moral. Les jeunes ouvrières, après avoir lu dans le journal le nom et les toilettes des demi-mondaines, veulent aller les voir. Elles assistent, jalouses, au défilé de leurs voitures aux Champs-Elysées ou au Bois

(1) V. *France méd.*, n. 97, 98 et 99.

de Boulogne ; en rentrant chez elles, elles se disent qu'elles aussi pourraient avoir des chevaux, des voitures et des valets, qu'elles aussi pourraient devenir célèbres, et elles ne songent pas que souvent la fin de leur rêve sera le réveil au lupanar.

Le mal causé par ces journaux est moins grand cependant que celui que font ces feuilles obscènes qui, sous divers noms, s'étalent aux devantures des marchands de journaux. Les publications de ce genre, agrémentées de gravures dont la légende croustillante indique suffisamment le sens, sont très bon marché ; tous les articles qu'elles contiennent ne sont que l'apologie de relations coupables et une invitation à la prostitution. Le parquet, il est vrai, les surveille et les interdit ; mais elles renaissent sans cesse. Cette littérature frelatée et pornographique fait malheureusement les délices de la population ouvrière, dans sa grande majorité. Une jeune fille qui a lu quelques numéros de l'*Egayement parisien* (pour ne parler que de celui-là) n'a plus d'une vierge que le nom. La débauche n'a plus guère de secrets pour elle ; sa virginité morale s'est envolée et la virginité physique ne tardera pas à la suivre.

Mais, dira-t-on peut-être, la littérature ne reflète en général que l'état de la société. Si donc la littérature d'aujourd'hui est immorale et quelquefois obscène, c'est que la société elle-même est immorale; loin d'être une des causes de la prostitution, la littérature actuelle n'en serait donc que la conséquence.

Présentée sous cet aspect, cette assertion est fausse ; car il faudrait convenir alors que depuis une vingtaine d'années la société française se serait profondément pervertie et démoralisée et que, à l'expiration du siècle, elle finirait dans l'obscénité, pour justifier le nombre toujours croissant des œuvres pornographiques. La morale s'est relâchée chez nous, le fait est incontestable, peut-être un peu plus qu'ailleurs. Mais nous ne sommes pas aussi profondément gangrénés qu'une certaine littérature se plaît à nous dépeindre, et je n'en veux comme témoin que le succès merveilleux d'un livre tel que « l'abbé Constantin » qui, honnêtement pensé et délicatement écrit, a fait pousser un soupir de satisfaction à tous ceux que les romans à filles et à scandale avaient écœurés depuis longtemps. Ce succès même a prouvé qu'ils sont infiniment plus nombreux qu'on ne serait tenté de le croire.

Une première séduction. — Presque toutes les prostituées, quand on les interroge sur les motifs qui les ont poussées à la débauche, répondent qu'elles ont été séduites, puis abandonnées par leurs séducteurs. Pour les filles venues des départements, c'est presque la règle. Beaucoup d'entre elles ont ajouté foi aux promesses de leur amant. Que le séducteur soit un militaire, un étudiant ou un commis-voya-

geur, les choses se passent de la même façon. La jeune fille séduite, comptant sur une promesse mensongère de mariage, aimant du reste son amant, suit celui-ci lorsque ses affaires, un changement de garnison ou la nécessité de terminer ses études l'amènent à Paris. Mais elle y est bientôt abandonnée, soit qu'elle ait fini par devenir enceinte, soit qu'elle ait cessé d'être aimée et que le tourbillon d'une grande ville ait entraîné son amant vers d'autres amours ; souvent lorsque celui-ci est un étudiant, il retourne en province après l'obtention de ses diplômes, dans sa ville natale où il ne veut ni ne peut emmener sa maîtresse. Elle reste donc seule, dans un garni, quelquefois dans la rue ; elle ne sait où aller, n'a que peu d'argent et ne veut, à aucun prix, revenir au pays où sa conduite est connue, où son départ a fait scandale. Ne sachant que devenir, elle prête l'oreille aux conseils perfides de quelque proxénète ou tombe entre les mains d'un souteneur qui la poussera sur le trottoir.

Toutes les filles de province ne sont pas amenées ainsi à Paris : un grand nombre y viennent spontanément pour y relancer un séducteur qui les a abandonnées, ou pour y cacher leur honte, après une première faute ; celles-ci espèrent trouver daus la capitale un moyen de dérober leur déshonneur aux yeux de leur famille et de leurs voisins et une ressource contre la misère qui les menace.

Les jeunes filles de Paris qui s'adonnent à la prostitution ont, en général, été les victimes, elles aussi, d'une première séduction. Ici, comme je l'ai dit plus haut, le coupable est quelquefois leur père, leur beau-père, leur frère ou l'amant de leur mère. Le plus habituellement c'est un gavroche précoce de 16 ou 17 ans, qui déflore sa petite camarade. Il ne peut être question, dans ce cas, d'abandon ultérieur. Cet abandon n'a lieu que lorsque la jeune fille, ayant 18 ou 20 ans, a pris un amant plus âgé. Le service militaire auquel sont astreints tous les jeunes gens est devenu une cause fréquente d'abandon. Quel qu'en soit du reste le motif, le résultat est le même.

Enfin, certaines jeunes filles mieux élevées, plus instruites sont quelquefois victimes de séductions qui finissent par les mener à la prostitution. Ce sont des gouvernantes, des institutrices, des demoiselles de compagnie qui sont devenues les maîtresses de leur maître ou d'un de ses fils. Ces liaisons, qui n'ont d'autre durée que le caprice de l'amant, finissent par faire renvoyer celle qui s'y prête, à moins que son séducteur ne l'installe dans un appartement qu'il meuble et paye pour elle et n'en fasse officiellement sa maîtresse. Lorsqu'il la quittera, il la cèdera à un de ses amis et elle arrive ainsi tout naturellement à la prostitution.

Un dernier genre de séduction observé dans les familles, c'est la séduction des jeunes filles par les domestiques. Le fait est assez rare,

mais il existe. En général l'éducation préserve les jeunes filles de ce chef, mais quelques-unes n'y échappent point, soit qu'elles aient été mal surveillées, soit qu'elles aient en elles un ferment de lubricité qui ne demande que l'occasion pour grandir et se développer. Il est rare, du moins, que les jeunes filles ainsi séduites deviennent des prostituées. La famille étouffe le scandale et les marie au plus tôt.

L'amour maternel. — Il me reste à signaler une dernière cause de prostitution qui, si elle n'est pas très fréquente, témoigne du moins de la singulière aberration d'esprit dans laquelle peuvent tomber certaines malheureuses. Il existe des femmes qui, ne pouvant suffire, avec le produit d'un travail honnête, aux besoins de leurs enfants, demandent à la prostitution les ressources nécessaires pour les nourrir et les élever. C'est là, évidemment une absence de sens moral qu'il était intéressant de constater.

Telles sont les principales causes de la prostitution dans la société actuelle. Quant aux moyens de combattre et de diminuer ces causes, je ne veux pas insister. Il suffit de les avoir étudiées, pour se convaincre que l'état actuel de notre civilisation aurait besoin d'être changé de fond en comble pour les enrayer. Entre les causes de la prostitution et la question sociale, il y a une connexité intime que les lignes qui précèdent ont suffisamment démontrée.

Le mal existe, il est là, il découle de l'état social contemporain qui l'a rendu nécessaire. Ajouterai-je que la prostitution trouve aujourd'hui le meilleur terrain pour se développer? Les révolutions politiques qui ont profondément remué les masses de la population; les acoups financiers qui ont enrichi en un instant des gens sans fortune et souvent sans moralité; l'abaissement du niveau moral; la disparition graduelle et incessante des principes religieux qui pendant longtemps ont fait la classe ouvrière forte et honnête; le matérialisme, le désir des jouissances grossières et sexuelles qui font des progrès si rapides, ont à tel point bouleversé la société qu'ils ont rendu possible cette extraordinaire floraison de la prostitution à laquelle nous assistons aujourd'hui. Jamais, à moins de remonter au temps de la décadence romaine, elle n'a eu autant le droit de cité, que de nos jours.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

De l'usage des médicaments par les nourrices et de leur influence sur l'enfant après leur passage dans le lait (*Therapeutic Gazette. July* 1888). — Le professeur *Fehling* a été conduit à traiter ce sujet à la suite de la mort inopinée d'un enfant par la

morphine qui, administrée à la nourrice, paraît avoir passé dans le lait. La dose fut cependant très petite, car l'attention ne fut attirée par aucun symptôme chez la nourrice. L'auteur entreprit donc de déterminer expérimentalement quelle dose de médicament une nourrice peut prendre sans nuire à l'enfant qu'elle nourrit, tout en tenant compte de la difficulté de connaître le pouvoir d'absorption de chaque médicament, ses modifications dans la circulation et son élimination par d'autres voies. Toutes les substances solubles passent de la circulation dans le lait. Le salicylate de soude qui accroît la sécrétion lactée devient dangereux pour l'enfant à la dose de 2 gr. 25 (45 grains) pour la nourrice. L'iodure de potassium est éliminé plus lentement, car on le retrouve encore dans le lait vingt-quatre heures après son emploi. Fehling pense qu'on peut prescrire à la nourrice une dose quotidienne de 0,15 centigrammes sans effet pour l'enfant. Les expériences ont été complètement négatives avec le ferrocyanure de potassium et on n'a pu trouver aucune trace de sa présence dans l'urine de l'enfant après une dose de 1 gr. 50 prise par la nourrice, tandis qu'on la constatait dans l'urine de celle-ci. Il semble donc que les glandes mammaires sont plus aptes à éliminer certaines substances que d'autres. L'iodoforme passe, par exemple, plus facilement dans le lait que dans l'urine. Aussi retrouve t-on, dans ce dernier cas, l'iodoforme dans l'urine de l'enfant.

Les sels de mercure, d'après les expériences de Fehling, sont difficilement administrés à l'enfant par la sécrétion lactée et seulement après un long usage chez la nourrice.

En ce qui concerne certaines notions vulgaires sur l'alimentation de la nourrice, les expériences ont montré que l'acide nitrique, les acides minéraux et le vinaigre peuvent être administrés à celle-ci sans aucun trouble fonctionnel du côté de l'enfant. Le lait reste alcalin comme avant l'expérience. L'opinion vulgaire concernant l'usage de la salade et des légumes acides ne paraît donc pas justifiée.

Fehling conclut de ses expériences faites avec la morphine qu'on peut employer sans crainte du côté de l'enfant des injections de morphine chez la nourrice à la dose de 0,01 à 0,02 centigr. On peut de même administrer de 1 à 2 grammes de chloral sans inconvénient, surtout si la nourrice a soin de donner le sein seulement de une à deux heures et demie après la dose. L'atropine passe très facilement dans le lait et l'on observe rapidement ses effets chez l'enfant. Fehling s'est demandé comment on peut combattre la fièvre chez la nourrice. Le lait d'une fébricitante n'offre pas de danger pour l'enfant tant que la fièvre reste en deçà d'une certaine limite. Mais si la température se maintient à 40° cent., la fièvre se montre

chez l'enfant, ce que l'auteur explique par la présence de microcoques dans le lait. D'ailleurs, lorsque la fièvre persiste, la sécrétion lactée diminue ou s'arrête et l'alimentation de l'enfant doit être assurée autrement. Si la mère ou la nourrice se trouve atteinte d'une fièvre éruptive, d'un érysipèle, l'isolement et la suspension de l'allaitement deviennent nécessaires. Suivant les remarques de Fehling, les dispositions mentales de la nourrice ne sont pas transmises par l'allaitement, mais cet auteur pense qu'une mère prédisposée aux affections mentales et à l'épilepsie ne doit pas nourrir son enfant, car dans ces conditions, l'allaitement augmenterait les risques de la transmission héréditaire.

L. JUMON.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'OPHTHALMOLOGIE

Tenu à Heidelberg du 8 *au* 11 *août* 1888.

Séance du 9 août (matin)

SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE. — M. *Gayet* (de Lyon), rapporteur, propose les conclusions suivantes :

1° La cataracte ne peut être guérie que par une opération.

2° Trois espèces d'opérations lui sont applicables.

a) La discission convenable pour la cataracte molle et dont le domaine se rétrécit à mesure que l'extraction se perfectionne.

b) L'abaissement et la réclinaison, dont les indications sont presque nulles.

c) L'extraction qui constitue sans contredit la méthode générale.

3° L'extraction dans l'état actuel de la science doit se pratiquer hors de la capsule.

Les essais d'extraction du cristallin avec sa capsule sont scientifiques parce qu'ils tendent à un idéal auquel nous avons le droit de prétendre.

4° L'extraction nécessite une ouverture de la coque oculaire dans la région qui correspond à la chambre antérieure.

5° Le choix de la position de la plaie ne saurait être absolu, partout il y a des avantages et partout des inconvénients ; cependant le limbe cornéen nous semble préférable.

6° La plaie la meilleure nous semble être celle à lambeau.

7° Sa grandeur doit être proportionnée à un volume présumé de la cataracte et à sa réductibilité. Une plaie petite est détestable, une plaie trop grande n'a pas d'inconvénient sérieux.

8° En principe l'iridectomie n'est pas nécessaire ; elle est rarement utile. Elle ne doit pas être, autant que possible, un incident opératoire, et, si on la fait, elle doit être prévue d'avance.

9° La discission de la capsule doit être faite en même temps que l'incision cornéenne et avec le couteau, dans les cataractes ordinaires. L'ablation d'un lambeau de capsule à la pince est préférable pour les cataractes extra-mûres.

10° L'expulsion du cristallin s'exécute par les pressions combinées de la pince fixatrice et de la curette.

11° Pour extraire la suite de la cataracte, il faut éviter d'introduire dans la chambre antérieure aucun instrument.

12° Le lavage à grande eau, au moyen d'un jet dardé sur la plaie et tourbillonnant dans la chambre suffit en l'alternant avec le massage pour entraîner tous les débris entraînables et à rendre la pupille pure.

13° Peut-être faut-il songer à la suture de la plaie cornéale.

14° Toutes les manœuvres précitées sont rendues faciles et inoffensives par l'emploi de la cocaïne, sûres dans leurs résultats par celui de l'asepsie.

15° L'atropine et l'ésérine n'ont pas d'indications et de contre-indications absolues. Ce sont d'excellentes armes dans les mains habiles.

16° L'enclavement de l'iris est l'accident de la méthode que nous préconisons, les autres sont presque réduits à rien.

L'enclavement reconnaît trois causes :

a) Des spasmes ; *b*) Une tension réflexe glaucocomateuse ; *c*) le gonflement des débris.

17° On pare au 1er par des soins méticuleux, et au 3e par les soins opératoires ; quant au 2me il ne nous est pas possible de le prévoir ; il est probable que la restitution *ad integrum* des parties est le meilleur moyen de le prévenir.

18° L'opacification de la capsule restante est une complication fréquente et toujours à redouter.

19° Les opérations secondaires sont toujours pleines d'incertitude et de dangers.

VARIÉTÉS

Association médicale des médecins anglais.

(Cinquième rapport annuel du comité).

1887-1888.

Messieurs,

« En vous présentant ce rapport, nous avons la bonne fortune de lui conserver l'agréable monotonie qui résulte de notre prospérité croissante et d'une bonne gestion. Alors que quatre ans et demi se sont écoulés depuis la création de notre Société, c'est pour nous un

encouragement d'être en état de vous montrer que l'œuvre de l'année qui vient de s'écouler supportera avantageusement la comparaison avec les années précédentes, quelque soit d'ailleurs le point de vue auquel on la considère. Un tel fait est le meilleur gage pour l'avenir de notre Société : il nous donne en même temps l'ample justification des prévisions et des calculs qui en ont déterminé la fondation. Maintenant qu'un temps suffisamment long s'est écoulé pour permettre d'énoncer un jugement fondé, il est utile et intéressant de résumer les problèmes dont la Société avait été forcée de confier la solution à l'avenir, et d'examiner en même temps quelle lumière l'expérience a jetée sur les faits et quelle a été la réponse de ces derniers.

La question la plus importante, celle qui se posait tout d'abord, consistait à se demander si une société de cette nature répondait à un besoin réel et étendu, et si les membres de notre profession consentiraient à s'unir en nombre suffisant pour en assurer la stabilité et la durée. Après étude et enquête minutieuses, l'opinion des experts fixe à 400 le nombre minimum de membres nécessaires pour atteindre le but. Ce nombre fut rapidement obtenu : 500 propositions environ avaient été reçues dans les six premiers mois. Depuis ce temps, le nombre des membres s'est constamment accru, les adhésions sont venues chaque année de plus en plus nombreuses, et le total des demandes reçues à la date de ce rapport s'élève à 1.039. A coup sûr, l'effectif actuel est de beaucoup au-dessous de ce total que des causes diverses ont réduit chaque année ; toutefois, la proportion des démissions est très faible. Néanmoins, notre actif dépasse le double de celui qui avait été considéré comme indispensable, et, tout en nous donnant la preuve concluante de la nécessité de notre Société, notre nombre constitue une source de puissance et de sécurité, puisque les moyennes expérimentales sont plus facilement réalisables dans une grande collectivité que dans une petite.

La base financière sur laquelle devait reposer la Société constituait également une question de la plus haute importance. Bien que le plus grand soin eût été apporté à son étude et que les sources d'informations les plus dignes de confiance eussent été consultées, on avait dû reconnaître l'impossibilité de déterminer ce point d'une manière précise, et attendre la lumière de l'expérience.

Cette expérience est maintenant assez complète pour que nous puissions en tirer les conclusions, et elle met hors de doute la sécurité que donne à notre Société la base financière sur laquelle elle repose. Notre capital s'élève actuellement à 25.000 livres environ, (exactement 273.510 fr.,) ; il a été constitué en totalité au moyen des primes payées par les sociétaires, et, bien que les seules évaluations

de la statistique puissent permettre de calculer quelle part doit être attribuée soit aux bénéfices, soit au fonds de réserve, les membres de la Société peuvent attendre cette épreuve en toute confiance. D'un autre côté, les déboursés faits par la Société ont été suffisants pour démontrer la grande étendue de son utilité, un total de 5.610 livres 10 sh 8 d (140.250 fr. 30) ayant été payé pour indemnité de maladie depuis le commencement de l'association.

Si l'on examine de plus près les opérations que représentent ces déboursés, spécialement en ce qui concerne l'indemnité de maladie — qui constitue incontestablement maintenant la partie la plus importante de l'œuvre de la Société — quelques faits très intéressants seront mis en lumière. Ainsi, sur un effectif moyen de 700 membres, 275 ont participé à la répartition de la somme totale payée pour l'indemnité de maladie : ce fait semblerait démontrer qu'un membre sur trois est assujetti dans le cours de quatre années, à l'incapacité professionnelle par suite de maladie ou d'accident. C'est une proposition à laquelle seraient loin de s'attendre ceux qui n'ont pas étudié la question, et elle nous donne amplement la preuve du risque de maladie. Il est vrai, de grandes différences se sont produites dans la nature et la durée des cas ; beaucoup n'ont pas dépassé une semaine ; un a duré plus de trois ans et un autre plus de deux ans. Les deux derniers confirment la nécessité de notre mode actuel qui réduit l'indemnité dans le cas d'incapacité permanente : l'indemnité peut être considérée dans ce cas comme une allocation viagère qui sera d'une grande valeur pour les membres de la Société et n'entraînera pourtant pas une charge financière appréciable. C'est encore un des points intéressants de cette expérience, que le grand nombre des cas d'incapacité produite par les accidents. Il semble qu'il y a là un risque auquel les médecins, surtout ceux qui exercent en province, sont plus particulièrement exposés. Plusieurs de ces accidents contre lesquels l'examen médical au moment de l'admission ne saurait certes, donner aucune garantie, se produit dès le début de la participation. Dans un cas (fracture comminutive du cou de pied), le sociétaire a reçu 109 livres 4 sh (2730 fr.) dans sa première année de participation. Ce cas et d'autres analogues fournissent la preuve indubitable de la nécessité de la Société ainsi que de la possibilité réelle et toujours présente de son utilité, même pour les mieux portants et les plus vigoureux parmi ses membres. Pour résumer et pour conclure, le taux de la morbidité, tout en restant au-dessous de la moyenne prévue et à laquelle il est amplement pourvu, fournit un risque moyen très palpable ; cette branche de la Société promet un fonctionnement très actif et très utile et impose à l'administration une attention et une surveillance minutieuses.

La possibilité de gérer la Société d'une façon efficace et écono-

mique avait été entrevue dès le début. Il était évident qu'en raison du caractère même de l'entreprise, on ne manquerait pas d'administrateurs de bonne volonté et désintéressés : mais il fallait aussi se demander si le service gratuit pourrait s'accorder avec les exigences d'une fonction englobant une infinité de détails, la résolution de questions parfois de nature difficile et délicate, et le placement garanti et rénumérateur ainsi que le contrôle d'un capital élevé et sans cesse croissant.

Le conseil a veillé à tous ces soins avec bienveillance et constate le succès obtenu, grâce au dévouement des administrateurs qui avaient bien voulu se charger du poids et de la responsabilité de la gestion financière. Il suffit, pour donner une preuve de cette bonne gestion, de faire remarquer que les frais de gestion n'ont pas absorbé la moitié des 10 p. cent du produit des cotisations, proportion peu élevée pourtant, à laquelle ces frais avaient été évalués par les statuts. L'importance de cette économie est encore plus appréciable quand on considère le caractère de stricte mutualité de la Société, caractère en vertu duquel les profits et le fonds de réserve sont entièrement attribués au bénéfice de ses membres. Il est cependant équitable de faire ressortir que ce résultat est en grande partie obtenu grâce au concours intelligent, actif et gratuit d'un grand nombre de sociétaires et de la presse médicale ».

En résumé, l'effectif de la Société amicale des médecins anglais s'est élevé pendant l'année 1887-88 de 774 à 881 membres.

1° Elle possède un capital de 273.510 fr. après avoir payé depuis sa fondation 140.250 fr. pour indemnité de maladie, dont 43.045 pour l'année 1887-88.

Ces 43.045 fr. ont été répartis entre 125 malades pour un total de 3.658 journées de maladie.

Le produit des cotisations pour l'année 1887-88 s'est élevé à 119.155 fr.

Ces résultats généraux donnent les moyennes suivantes :

La dépense totale pour indemnité de maladie s'élève à 36 pour cent du produit des cotisations. En 1887-88 cette proportion avait atteint 37.7 et 38.1 pour cent pendant les deux années précédentes.

2° La cotisation moyenne a varié pendant les trois dernières années entre 133 fr., 131 fr., et 135 fr.

3° La moyenne des journées de maladie par sociétaire a flotté entre 4.59 et 5.11 en 1885-86 ; 4.50 et 5.15 en 1886-87 et 4.47 et 3.92 en 1887-88.

4° L'indemnité quotidienne moyenne a atteint 11 fr. 41 ; 11 fr. 61 et 11 fr. 97.

5° Enfin la réserve s'est élevée d'année en année de 190 fr. à 251 fr. puis enfin à 322 fr. par sociétaire participant.

Les résultats obtenus jusqu'à ce jour par l'association médicale mutuelle du département de la Seine permettent de constater qu'elle peut subir sans désavantage la comparaison avec la Société anglaise.

Voici quelle est la situation de cette jeune association (19 mois d'existence au 31 juillet 1888.

Avoir au 31 décembre 1887.........	6.741 fr.
Indemnités payées depuis le 1er janvier 1888..........................	2.430 fr.
Nombre des journées de maladie....	243 »
Avoir au 31 juillet 1888............	12.000 »

1° La moyenne annuelle des journées de maladie (calculée pour les 7 premiers mois) s'élève à 4.16; un seul associé a reçu 1750 fr. pour 175 journées.

2° La cotisation annuelle, 120 fr. et l'indemnité quotidienne, 10 fr. sont invariables.

3° La réserve atteint 120 fr. par associé.

Nous livrons ces résultats sans commentaires aux méditations de nos lecteurs, persuadés qu'ils sont dignes de leur plus vive attention.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont nommés chevaliers : M. Paul Yvon, pharmacien à Paris et M. le Dr Vulliet, professeur à la Faculté de médecine de Genève.

La circoncision a Berlin. — Les représentants de la communauté israélite de Berlin ont déclaré, dans une circulaire adressée à leurs corréligionnaires, que dorénavant la circoncision ne pourra être pratiquée à Berlin que par des médecins.

Les diplomes en Turquie. — Le Ministre de l'Intérieur de l'empire ottoman vient d'ordonner la restitution à l'Ecole de médecine du diplôme ayant appartenu à tout médecin ou pharmacien décédé. Cette mesure a pour but d'empêcher les empiriques de se servir abusivement du diplôme de personnes décédées.

Faculté de médecine de Montpellier. — A la suite des votes émis par la Faculté de médecine pour la nomination de deux titulaires aux chaires d'anatomie laissées vacantes par suite de la mise à la retraite de M. le professeur Benoît, et de pathologie interne par le passage de M. le professeur Castan à la Clinique médicale, la liste de présentation des candidats a été ainsi dressée :

1° Pour la chaire d'anatomie : En première ligne, M. Paulet; en deuxième ligne, M. Bimar.

2° Pour la chaire de pathologie : En première ligne : M. Carieu ; en deuxième ligne, M. Mossé.

Princes médecins. — Un second prince de la Maison de Bavière va exercer la médecine. On sait qu'il y en a déjà un, le prince Théodore de Bavière, qui a, depuis longtemps, acquis une certaine réputation. Le nouvel Esculape princier s'appelle Louis-Ferdinand de Bavière. En vertu de l'ordonnance ministérielle du 9 décembre 1869, il a été reçu docteur en médecine, tout en étant exempté de passer les derniers examens exigés des candidats ordinaires. Ce qu'on ignore généralement, c'est que la nouvelle impératrice d'Allemagne a également un proche parent qui exerce la profession de médecin. C'est le mari de sa propre tante, une princesse de Schleswig-Holstein.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Dr Maurin, l'auteur apprécié du *Formulaire pour les maladies des Enfants* et du *Dictionnaire du Foyer d'Infirmerie* vient de publier un nouveau livre qui sera non moins utile, aussi bien aux médecins qu'aux pharmaciens, aux herboristes, et à tous ceux qui s'occupent des malades.

C'est le *Formulaire de l'herboristerie*, dans lequel il rend aux *simples* la place qui leur est due dans la thérapeutique.

Laissant de côté la botanique pure, M. Maurin détermine : 1° *les principes actifs* ; 2° *les préparations pharmaceutiques* ; 3° *les formules magistrales les plus avantageuses* ; 4° *les effets physiologiques et thérapeutiques* de chaque plante. Cette étude est précédée de notes sur la récolte et la conservation des végétaux et de leurs produits, et enfin l'ouvrage se termine par une table analytique et un memorandum clinique qui est un véritable répertoire thérapeutique. (1 vol. in-18, 4 fr. Félix Alcan, éditeur.)

Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine,
place de l'Ecole-de-Médecine.

Dr W. Moldenhauer, privatdocent à l'Université de Leipzig. — **Traité des maladies des fosses nasales**, des sinus et du pharynx nasal, avec un exposé des méthodes d'examen, traduit et annoté par le Dr Potiquet, 1 vol. in-8° de 224 pages avec 25 figures dans le texte. Prix : 5 fr.

Traité de chirurgie clinique, par P. Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. Tome II, fascicule I : Affections chirurgicales de l'abdomen et des voies urinaires. Prix : 6 francs. Tome Ier : Colonne vertébrale, tête, cou, membre supérieur, poitrine. 1 vol. in-8° de 720 pages avec 90 figures dans le texte. Prix : 12 fr.

L'ouvrage formera deux volumes et sera publié en quatre fascicules.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.



TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 101. JEUDI 30 AOUT 1888.

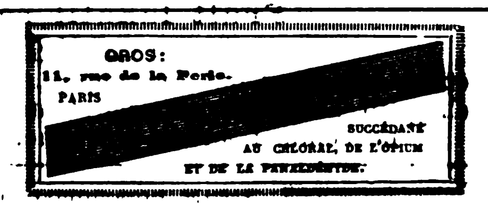
LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE.... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.



GROS:
11, rue de la Perle.
PARIS
SUCCÉDANÉ
AU CHLORAL, DE L'OPIUM

Année. — Tome II. N° 101 Jeudi 30 Août 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 29 août 1888.

M. Polaillon a présenté à l'Académie une tumeur de l'ovaire droit remarquable par son énorme volume et son poids de six kilogs et demi, enlevée chez une femme de 34 ans. A propos de cette présentation, M. Polaillon a montré un danger du lavage du péritoine pendant les ovariotomies et les opérations analogues faites sur l'abdomen. Il a observé en effet l'arrêt de la respiration et la syncope mortelle par le fait de l'arrivée de l'eau du lavage dans les parties supérieures de l'abdomen et au contact de la face inférieure du diaphragme.

M. Guermonprez (de Lille) préconise dans le cas de rein flottant douloureux non la néphrectomie mais la néphrorrhaphie pratiquée par la méthode française, suture du rein et de la capsule avec la soie ou le crin de Florence.

M. le Dr Pinel a lu un travail intitulé : Recherches de psychologie expérimentale, dans lequel il décrivait divers instruments destinés à augmenter l'acuité de la vue ou de l'ouïe ; enfin, M. le Dr Larat a rapporté les résultats que l'électricité lui avait donnés dans quinze observations d'occlusion intestinale. Ce travail a été renvoyé à une commission dont M. Hérard est rapporteur. Nous aurons donc prochainement, à propos du rapport qui ne peut manquer d'être fait, à revenir sur cette question.

A. Ch.

Ulcération de l'artère radiale au contact d'un drain,

Par M. le Dr Le Bec.

Mélanie V..., 42 ans, entre à l'hôpital St-Joseph en avril 1888, pour un vaste phlegmon de l'avant-bras, ayant débuté par un panaris du petit doigt, il y a trois semaines. Le pus remplit la paume de la main et remonte jusqu'au pli du coude. Je passe immédiatement un drain dans la paume de la main et un autre de la paume de la main dans l'avant-bras et remontant au niveau du tiers supérieur.

Bains antiseptiques trois fois par jour. Au bout de trois semaines la malade était prise d'une forte hémorrhagie par la plaie supérieure. Je fais de la compression. Le lendemain l'hémorrhagie se renouvelle, je me décide à faire la ligature de l'artère radiale. La plaie supérieure est agrandie, et je trouve bientôt le faisceau formé par l'artère et ses veines collatérales, sur le côté desquelles passe le drain. Les vaisseaux sont découverts dans la gaine du muscle rond pronateur. Il est tout à fait impossible de séparer l'artère des veines accollées par l'inflammation; je place deux ligatures au-dessus et au-dessous de la plaie et je supprime le fragment intermédiaire. En l'examinant, on constate sous l'artère une perte de substance allongée de 5 à 6 millimètres, comprenant la moitié du calibre des vaisseaux. Les bords sont un peu tuméfiés et très irréguliers. Ce qui fait l'intérêt principal de cette pièce, c'est que pendant l'opération, j'ai pu constater de la manière la plus nette, que l'ulcération correspondait au point où le drain arrivait au contact de l'artère.

Note sur un cas de pied-bot talus valgus,

Par M. le Dr Foucart.

Un enfant est venu au monde le 21 juin dernier, un peu avant terme, à huit mois, il est un peu faible et ne présente pas d'autre malformation qu'un pied-bot congénital du pied droit, de moyen degré. Sa mère, âgée de 25 ans, est primipare, l'accouchement n'a rien présenté de particulier.

Les symptômes du pied-bot sont ceux du *Talus valgus*; la pointe du pied est déviée en dehors, avec flexion du pied sur la face antérieure de la jambe ; l'avant-pied est tourné en haut et en dehors, la pointe du pied est en l'air ; si l'enfant appuyait le pied à terre, le talon porterait sur le sol, la malléole externe est peu saillante en raison de la déviation du pied en haut et en dehors. Le long de la face externe du tibia on sent la saillie de la masse musculaire con-

tracturée, jambier antérieur, etc.; le sillon antérieur qui sépare le pied de la jambe au niveau de l'articulation tibio-tarsienne est très accusé, le pied formant avec la jambe un angle aigu ouvert en avant; mouvements spontanés impossibles, mouvements communiqués difficiles.

Au point de vue des causes, pas de déformations de ce genre chez les ascendants ou les collatéraux. Doit-on admettre une attitude vicieuse, ou avec Cruvelhier l'action de la pression exercée par l'utérus sur le fœtus, ou faut-il soupçonner des convulsions utérines? Il n'y a eu aucun traumatisme chez la mère pendant la grossesse, la quantité du liquide amniotique m'a paru normale; le cordon au moment de la naissance n'était pas enroulé autour du pied ni de la jambe. La mère est assez impressionnable, mais n'a pas présenté pendant sa grossesse d'accidents nerveux et la grand'mère de l'enfant serait morte il y a quelques années d'une maladie nerveuse. La mère a eu une pneumonie l'an dernier avant son mariage, elle a été enrhumée cet hiver et elle tousse un peu depuis trois semaines; c'est même à cette toux que j'attribue la terminaison prématurée de la grossesse; pas de tuberculose cependant. En présence de l'état de l'enfant, l'avis du Dr Foucart était de ne faire aucune opération sanglante maintenant et d'attendre environ trois mois afin que l'enfant pût tolérer un pansement. M. le docteur Campenon, chirurgien des hôpitaux, voulut bien venir donner son avis : il confirma le diagnostic et émit même l'espoir que, en raison du degré de moyenne intensité de la déformation, des mouvements méthodiques du pied et des massages réguliers de la masse musculaire, faits pendant plusieurs mois, viendraient à bout de la déformation sans qu'on dût recourir à une opération et que si on était obligé d'en venir à cette opération, celle-ci serait facilitée et son succès à peu près assuré par les manœuvres antérieures. Enfin le Dr Campenon fut d'avis de maintenir le pied dans une attitude normale avec une couche légère de gutta-percha garnie d'ouate et portée chaque jour pendant quelques heures, lorsqu'on aura fait déjà des mouvements et des massages.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

—

ADMINISTRATION DU SALOL AUX ENFANTS. (*Therapeutic Gazette* 7.1888).—*Demme* a rapporté un certain nombre d'expériences relatives à l'action du salol chez les enfants. Il a employé cet agent dans quatre cas de rhumatisme articulaire, dans deux cas d'endo-péricardite aiguë, deux cas de catarrhe vésical et en application externe dans deux cas de brûlure. Deux des malades atteints de polyarthrite

rhumatismale aiguë étaient âgés de 8 et de 18 ans. On leur donna à tous deux, tant que la fièvre, le gonflement et les douleurs subsistèrent, 0, 75 centigrammes de salol toutes les deux ou trois heures jusqu'à la dose totale de 2 gr. 50 en vingt-quatre heures. Dans un de ces cas le salol fut donné pendant cinq jours, dans l'autre pendant sept jours. Avec l'abaissement de la température la dose quotidienne fut réduite à 1 gr. 50. Bien que les effets du médicament ne furent pas très rapides, il n'y eut cependant pas de rechute et la durée de la maladie ne dépassa pas quinze à seize jours. Chez un troisième malade atteint de rhumatisme, une petite fille âgée de 7 ans, la température s'abaisse de 39,8 à 37,2 en quarante-huit heures après l'usage de 3 gr. 75 de salol à dosese spacées. Les douleurs et le gonflement qui occupaient les pieds, le genou droit et le coude gauche diminuèrent beaucoup. Il n'y eut pas de rechute. Chez une petite fille de 9 ans le résultat fut moins satisfaisant. La dose de 0, 75 centigrammes de salol en émulsion ou en capsule amenait des vomissements au bout de dix à quinze minutes. L'administration d'une dose double dans un jaune d'œuf produisit après huit ou dix heures une éruption d'urticaire généralisée, sans amélioration pour la fièvre et l'état des jointures. On substitua le salicylate de soude au salol, il y eut une amélioration, mais l'éruption reparut. La malade fut guérie huit jours après, mais il y eut une rechute.

L'antipyrine donnée à ce moment amena la guérison en quatre jours après une dose totale de 3 gr. 75. Dans les cas d'endocardite, le salol donna de bons résultats à condition d'abaisser la fréquence du pouls par la digitale. Le salol fut administré avec avantage dans un cas de cystite provoquée par l'action de la cantharide. Des doses quotidiennes de 1 gramme à 1 gr. 50 calmèrent les douleurs, augmentèrent la diurèse et firent disparaître la réaction alcaline et le muco-pus des urines. Vers la fin du traitement l'urine prit une couleur brune verdâtre comme celle que produit l'acide phénique.

L. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 *août* 1888. — *Présidence de* M. HÉRARD.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre de M. le Dr Debacker (de Roubaix) qui prie l'Académie de recevoir en dépôt un pli cacheté contenant un mémoire sur la saccharine considérée comme antiferment ; 2° un mémoire manuscrit de M. Boutarel, stagiaire aux eaux minérales sur les eaux de Bourbonne-les-Bains ; 3° un mémoire manuscrit de M. le Dr Pitombo, de Louveira (Brésil) sur des sujets

d'anatomie pathologique (en langue portugaise); 4° une lettre du ministre de l'instruction publique informant l'Académie que le ministre des affaires étrangères a transmis à la caisse des dépôts et consignations une somme de 23,902 fr. 61 représentant le montant du legs fait à l'Académie par le Dr Alvarenga.

SUR LA NÉPHRORRHAPHIE. — M. *Guermonprez* (de Lille) lit un travail qu'il termine par les conclusions suivantes : Dans l'état actuel de la chirurgie :

1° La néphrectomie n'est plus la seule ressource opposée au rein flottant douloureux.

2° La néphrorrhaphie pratiquée par la méthode allemande est vraiment insuffisante.

3° La même opération pratiquée par la méthode française (suture simultanée du rein et de la capsule, emploi de la soie ou du crin de Florence) peut être suivie d'une guérison complète lorsque les douleurs incriminées sont toutes attribuables à l'ectopie rénale (Comm. : MM. Cusco, Guérin, Tillaux).

SUR UN DANGER DU LAVAGE DU PÉRITOINE PENDANT LES OVARIOTOMIES ET LES OPÉRATIONS ANALOGUES FAITES SUR LA CAVITÉ ABDOMINALE. — M. *Polaillon* présente une tumeur de l'ovaire droit enlevée samedi dernier chez une femme de 34 ans. Cette tumeur est surtout remarquable par son volume, elle pèse plus de six kilogs et demi.

M. Polaillon conclut de sa communication que le lavage du péritoine peut provoquer l'arrêt de la respiration et une syncope mortelle, lorsque l'eau pénètre dans les régions supérieures du ventre, et surtout lorsqu'elle arrive au contact de la face inférieure du diaphragme. Pour atténuer ce danger, il faut : 1° placer l'opérée dans une position inclinée, la poitrine étant plus élevée que le bassin, de manière que le lavage soit limité au bassin et à la partie inférieure de l'abdomen sans que l'eau puisse refluer jusqu'au diaphragme; 2° employer de l'eau dont la température ne soit jamais supérieure à celle du corps; 3° surveiller d'une façon toute spéciale l'anesthésie chloroformique au moment du lavage.

DU TRAITEMENT DE L'OCCLUSION INTESTINALE PAR L'ÉLECTRICITÉ. — M. le Dr *Lerat* lit sur ce sujet un mémoire basé sur quinze observations (Comm. : MM. Moutard-Martin, Polaillon, Hérard).

RECHERCHES DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — M. le Dr *Pinel* lit un travail sur divers instruments destinés à renforcer l'acuité de l'ouïe (Comm. : MM. Charcot, Panas, Gariel).

A 4 heures un quart, la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 25 juin 1888. — Présidence de M. PERCHERON.

GRANULIE AIGUE. — M. *Depasse* expose un cas de granulie aiguë qui a été remarquable par la rapidité d'apparition de phénomènes graves. L'avant-veille du jour où la malade prit le lit, elle ne paraissait avoir qu'un rhume léger, et la veille elle passait toute la matinée au Bon Marché à faire des emplettes de toilette. Le jour où la malade s'alita, la fièvre était très intense à 40° et ne baissa presque plus quoiqu'on fît.

Le 5e jour une phlébite se déclarait dans le mollet gauche, qui envahissait tout le membre.

L'absence complète de crachats ne permit pas de faire l'examen microscopique, ce n'est que vers le 13e jour que quelques crachats blancs se montrèrent. Pas d'hémoptysie.

La maladie débuta par la maladie du poumon droit en arrière, envahit progressivement tout le poumon et arrivait en avant sous la clavicule et dans l'aisselle le 7e jour.

Le souffle apparut peu intense le 3e jour de la maladie.

La durée de la maladie fut de trente-deux jours.

Le sulfate de quinine, l'iodure de potassium, le quinquina, l'alcool ne donnèrent absolument aucun résultat.

La digitale seule à haute dose (0,80 cent, de feuilles en infusion), fit tomber un peu la température (de 40° à 38°2); mais au bout de deux jours il y eut de l'intolérance et le médicament dut être cessé.

La malade, âgée de 22 ans, est robuste, bien constituée, est de famille alsacienne très bien portante, il n'y a pas de tuberculeux dans la famille. Le père est mort vieux d'une attaque d'apoplexie cérébrale, la mère vit encore et les grands-parents sont morts de vieillesse ou vivent encore ; il a été impossible de trouver une cause à cette maladie terrible.

M. *le Dr Machelard* demande si la petite malade de M. Depasse avait eu un frisson au début de la maladie ?

M. *le Dr Depasse*. Rien de semblable ne s'est produit, les symptômes initiaux étaient peu effrayants. Je ferai cependant remarquer que c'est la partie inférieure du poumon droit qui a été prise la première ; les sommets n'ont été envahis que consécutivement.

M. *le Dr Machelard*. N'a-t-on pas signalé dans la granulie aiguë, une certaine analgésie des membres ?

M. *le Dr Depasse*. Ce phénomène ne s'est pas produit chez ma malade ; nous n'avons constaté que la *Phlegmatia alba dolens* dont

nous avons parlé, laquelle avait complètement disparu au moment de la mort.

La médication par le sulfate de quinine n'a donné aucun résultat.

La digitale à haute dose a semblé agir pendant quelques jours, puis n'a plus eu aucune action.

ULCÉRATION DE L'ARTÈRE RADIALE AU CONTACT D'UN DRAIN. — M. *Le Bec*. (Voir p. 1218).

M. *le Dr Schwartz*. M. le Dr Le Bec fait-il usage du trocard de Chassaignac pour passer les drains? Je crois pour ma part, qu'à moins de se trouver dans des régions profondes on doit se trouver très réservé sur son emploi.

M. *le Dr Le Bec*. Je crois en effet que le trocart de Chassaignac ne doit être employé que dans certaines circonstances.

M. *le Dr Polaillon*. Ce qui est intéressant dans l'observation de M. Le Bec c'est de voir le drain en contact avec l'ulcération et de saisir sur le fait la cause de l'ulcération artérielle. Il n'est pas rare en effet de voir des artères se perforer au contact du pus.

J'ai vu dans un cas de panari de la gaine de l'annulaire, incisé sur la face palmaire avec élimination des tendons, une hémorrhagie se déclarer dans la nuit par ulcération de l'artère collatérale au contact du pus. L'hémorrhagie fut arrêtée par compression avec de la gaze iodoformée et le malade guérit très bien. Quant l'artère ulcérée est de gros calibre, il faut recourir à la ligature, sans cela on peut avoir des accidents graves.

Ce qui est intéressant, je le répète, c'est de prendre sur le fait le corps du délit, c'est-à-dire le drain sur l'ulcération comme l'a vu M. le Dr Le Bec.

Dans ces hémorrhagies, le mieux est de lier les deux bouts de l'artère; mais à la paume de la main, il est quelquefois très difficile de le faire. Les bains antiseptiques et la compression ouatée rendent alors de très grands services et évitent des débridements souvent dangereux dans cette région.

M. *le Dr Le Bec*. Je demanderai à M. Polaillon au bout de combien de temps se fait l'usure de l'artère : dans le cas que je viens de citer c'est *trois* semaines après le passage du drain que l'artère s'est ulcérée.

M. *le Dr Polaillon*. Je ne connais aucun travail à ce sujet, et ne pourrais formuler une opinion précise.

NOTE SUR UN CAS DE PIED-BOT TALUS VALGUS. — M. *Foucart*. (Voir p. 1218.)

M. *le Dr Polaillon*. Je partage l'avis du Dr Campenon et pense qu'avec des massages et un léger appareil on peut arriver à guérir très bien ces déformations chez les jeunes enfants.

M. Sayre, l'orthopédiste américain, prétend qu'en prenant un pied-bot à la naissance, on arrive *toujours* à le guérir sans opération par l'usage des malaxations, des massages et l'application de petits appareils.

D'ailleurs, dans la plupart des cas, ces déformations se corrigent dans les premiers jours qui suivent la naissance.

M. *le Dr Foucart.* J'ai cru remarquer en effet que chez mon jeune malade, il y avait une amélioration dès les premiers jours.

M. *le Dr Schwartz.* Dans ces déformations il faut examiner l'état de la masse des muscles postérieurs de la jambe, les jumeaux et le soléaire ; souvent il y a défaut d'équilibre entre les deux masses musculaires.

M. *le Dr Foucart.* Dans le cas présent ces muscles ne sont pas atrophiés, mais plus tard on pourra les électriser.

M. *le Dr Schwartz.* Les pieds-bots talus sont presque toujours d'origine musculaire et très rarement d'origine osseuse, aussi conseillerai-je dans le cas de M. Foucart l'électrisation comme moyen excellent.

M. *le Dr Foucart.* Je me suis demandé si cette déformation n'avait pas pour origine une compression exagérée des parties dans la cavité intra-utérine. Ce qui me porte à admettre cette cause c'est que le lobule de l'oreille était replié et fortement appliqué sur l'oreille.

La séance est levée à 10 heures.

Le secrétaire général,
Dr GUILLIER.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES, par *Hermann V. Zeissl*, revu par *Maximilian V. Zeissl*, traduit et annoté par le Dr *Paul Rangé*. Paris 1888, E. Lecrosnier et Babé, Editeurs.

« Le livre d'Hermann Von Zeissl compte parmi les meilleurs qu'ai produits l'école syphiliographique de Vienne, et sa réputation est classique en Autriche. Ajoutons, nous dit le Dr P. Rangé, que ses qualités premières, la précision et la clarté, faisaient du texte original une œuvre déjà à moitié française, et toute prête à passer dans notre langue. » La traduction que le Dr Rangé publie aujourd'hui a été faite sur la seconde édition du livre d'Hermann Von Zeissl, largement complétée et rajeunie par Maximilian Von Zeissl.

Sous le titre de maladies vénériennes Hermann V. Zeissl étudie la blennorrhagie, le chancre simple, et la syphilis. C'est dire qu'il se montre résolument dualiste, comme du reste la presque unanimité

des médecins étrangers, même ceux de langue allemande. Il n'y a plus guère en effet que Kaposi qui n'ose renier ses opinions unicistes; et encore accuse-t-on le professeur de Vienne de se laisser aller jusqu'à rassurer des clients par un pronostic nettement différencié. Quant à Hermann V. Zeissl, il est « résolument attaché à la doctrine de la dualité, établie par Barensprung et H. Zeissl. » On regrette de ne pas trouver ici le nom de Bassereau, car, ainsi que le fait très justement remarquer le traducteur, « quand il s'agit de l'origine du dualisme, on n'a pas le droit d'omettre le nom de Bassereau, ni d'oublier que la grande révolution doctrinale, dont il fut l'incontestable héros, date de son Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis (1852). » Et pourtant quelques pages plus haut, l'auteur reconnaît que c'est un élève de Ricord, Léon Bassereau, qui « affirma le premier que le chancre mou n'est jamais l'origine de la syphilis. En commun avec Clerc, un autre élève de Ricord, il créa une nouvelle doctrine, celle de la dualité, d'après laquelle il existe deux ulcères chancreux essentiellement différents, le mou et l'induré qui sont produits par deux virus tout à fait distincts. Le chancre simple est une lésion toujours locale... Le chancre induré a toujours pour conséquence un empoisonnement du sang. »

Il y a donc trois virus vénériens: le virus du chancre simple, celui de la syphilis et celui de la blennorrhagie.

La blennorrhagie naît-elle toujours de la blennorrhagie? Le diplocoque de Neisser est-il toujours la cause du processus blennorrhagique et sa présence constitue-t-elle un élément clinique absolu de diagnostic différentiel? L'auteur ne le pense pas. Il admet d'ailleurs deux formes de blennorrhagie: « 1° Un catarrhe inflammatoire simple, résultant de causes irritantes variées, agents chimiques, sécrétions physiologiques ou pathologiques altérées; 2° un catarrhe engendré par le contact d'un liquide contagieux et spécifique; c'est à cette dernière forme qu'on a réservé le nom de blennorrhagie purulente ou virulente. Quoique le catarrhe irritatif détermine à l'ordinaire une sécrétion muco-épithéliale, on n'est pourtant pas autorisé à affirmer que toute sécrétion ayant ce caractère n'a pas une origine spécifique, car le catarrhe muqueux peut être le prélude ou la suite d'une blennorrhagie virulente. Néanmoins au point de vue du pronostic, on peut dire que le catarrhe muqueux est généralement de nature irritative et guérit beaucoup plus aisément que la forme purulente. »

Lorsqu'on examine l'ouvrage dans son ensemble, on doit reconnaître avec le Dr Rangé que c'est un ouvrage pratique avant tout et que les discussions théoriques y tiennent moins de place que la clinique exacte et l'observation sincère. « Il n'est pas néanmoins de

question doctrinale qui n'y trouve un exposé simple et net. Presque tous les grands problèmes de la vénéréologie y sont résolus conformément à nos idées modernes et quelques points seulement, particuliers à l'école ou à l'auteur, s'éloignent un peu des doctrines acceptées en France. » Signalons particulièrement le traitement de la syphilis, que l'auteur résume ainsi :

« Lorsqu'un malade présente une sclérose initiale (chancre induré) et que nous ne pouvons découvrir chez lui encore aucun signe de généralisation, nous nous bornons à traiter localement l'accident primitif. Quand les premières manifestations cutanées se montrent sous forme d'éruption maculeuse ou papuleuse, nous ne prescrivons encore aucun médicament spécifique, même dans les cas où des papules ulcérées existent sur la muqueuse de la bouche, des lèvres et des amygdales. » Telle est la méthode expectante, qui abandonne la syphilis à son évolution naturelle, en se bornant à surveiller l'hygiène du malade : bien faite pour surprendre les lecteurs français, cette méthode, malgré l'autorité de Zeissl, paraît perdre, même en Autriche, beaucoup de son ancienne faveur.

Si, grâce à la méthode expectante ou hygiénique, les papules des muqueuses et les accidents n'ont pas rétrocédé au bout de huit semaines, et si aucune amélioration ne se montre, l'auteur prescrit les préparations iodées. Enfin, « si au bout de huit autres semaines encore, les lésions n'ont pas disparu totalement, on peut, sans compromettre l'avenir, en arriver au traitement mercuriel. » « Le traitement mercuriel ne peut être mis en usage que huit à dix semaines, au plus tôt, après l'apparition du premier exanthème et alors seulement que l'éruption ne cède pas assez vite au traitement expectant ou à la médication iodée. » Voilà qui est loin des idées de l'Ecole française ! Mais où l'auteur s'y rallie complètement, c'est quand il écrit que le traitement de la syphilis doit être aussi prolongé que possible, car si le traitement a effacé les symptômes de la diathèse, la diathèse elle-même survit. « Alors même que tout accident a disparu, nous estimons que l'on a tout avantage à continuer longtemps encore, pendant une année au moins, le traitement iodé. Certains malades accordent une confiance particulière au traitement mercuriel. En pareil cas, rien n'empêche, pendant cette année, alors même que nul accident ne se montre, de pratiquer une série de dix à douze frictions. » C'est qu'en effet Zeissl n'a que très rarement recours au mercure en injections sous-cutanées auxquelles il préfère la décoction ou tisane de Zeittmann. Mais pourquoi cette condescendance au goût du malade ? Nous dirions en France que c'est fort heureux pour lui.

Néanmoins l'ouvrage de H. Zeissl est un livre fort précieux pour le clinicien et dont on ne saurait trop recommander la lecture.

D[r] E. Deschamps.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Médecin du service de la protection du premier âge. Conclusion. — Qualité de fonctionnaire

Le médecin nommé par le préfet en exécution de la loi du 23 décembre, relative à la protection de l'enfance, est un fonctionnaire public dans le sens du § 1er de l'article du Code pénal.

Il est donc justiciable de la cour d'assise lorsqu'il est accusé de concussion consistant dans le fait d'avoir obtenu des mandats qui n'étaient pas dus, en détachant de son carnet à souches des bulletins de visites non effectuées.

Le docteur Sordes, médecin du service de la protection du premier âge dans le département du Rhône, a été accusé d'avoir, dans des proportions considérables, majoré ses comptes de visites aux enfants confiés à ses soins, et de s'être fait payer ainsi indûment une somme de 6,000 francs environ.

L'affaire vint, le 10 décembre dernier, devant le tribunal correctionnel de Villefranche. Le prévenu souleva la question d'incompétence en se fondant sur ce qu'il aurait la qualité de fonctionnaire public et demanda son renvoi devant la cour d'assises. Le tribunal se déclara incompétent, contrairement aux conclusions du ministère public, qui fit appel du jugement.

Conformément aux conclusions de M. l'avocat général Talon, la cour de Lyon s'est prononcée pour la compétence du tribunal correctionnel par un arrêt du 9 février 1888.

Le sieur Sordes s'est pourvu en cassation contre cette décision. La Chambre criminelle a, sur les conclusions conformes de M. l'avocat général Bertrand, fait droit à ce concours et annulé l'arrêt attaqué par les motifs suivants :

La Cour,... sur le moyen unique tiré de la violation des articles 174 du Code pénal, 5 de la loi du 23 décembre 1874, et 6 suivants du décret du 27 février 1877 ;

Attendu que, sur une prévention de concussion relevée contre le demandeur en sa qualité d'ancien médecin-inspecteur des enfants du premier âge, l'arrêt attaqué a déclaré que Sordes était à considérer comme ayant été, dans l'exercice de ses fonctions, non un fonctionnaire, mais un préposé de fonctionnaire dans les termes de l'article 174 du Code pénal ; que, nommé par l'autorité préfectorale, et ne

remplissant qu'une mission purement technique, Sordes devait être réputé avoir été un simple préposé du préfet, et que la concussion à lui imputée devrait, en conséquence, constituer à sa charge, si elle était établie, non le crime, mais le délit de concussion prévu et puni par le premier alinéa de l'article 174 précité ;

Mais, attendu que l'arrêt a ainsi mal apprécié la situation et le caractère légal des médecins-inspecteurs des enfants du premier âge ;

Attendu que ces inspecteurs ont été créés par la loi du 23 décembre 1874; que, s'ils sont nommés par le préfet, ils tiennent leurs attributions, non d'une délégation de ce fonctionnaire, mais des dispositions mêmes de la loi; que leurs fonctions sont déterminées tant par la loi précitée que par le décret du 27 février 1877 rendu pour son exécution; qu'ils sont des agents actifs pour la surveillance légale organisée pour la protection des enfants du premier âge; qu'ils visitent ces enfants, surveillent leurs nourrices, auxquelles ils délivrent des autorisations et certificats nécessaires, prennent ou provoquent les mesures exigées par l'intérêt des nourrissons; qu'ils rendent compte au préfet et au maire des faits qu'ils ont constatés dans leurs visites, et qu'ils adressent, en outre, un rapport annuel sur l'état général de leur circonscription; qu'enfin le refus de se soumettre à leur surveillance, en refusant leurs visites, est érigé par la loi en un acte punissable constituant, selon les cas, un délit ou une simple contravention.

Attendu qu'étant, par l'ensemble de ces dispositions, revêtus d'un mandat public, par suite d'une délégation légale et personnelle des fonctions, les médecins-inspecteurs du premier âge ne sauraient être considérés comme les préposés particuliers du préfet, ni d'aucun autre fonctionnaire, mais qu'ils sont eux-mêmes des fonctionnaires dans le sens de l'article 174 du Code pénal précité ;

D'où il suit qu'en statuant comme il l'a fait, l'arrêt attaqué a violé tant cet article que les dispositions légales susvisées ;

Par ces motifs,

Casse et annule.

(Renvoi à la Cour de Grenoble.)

NÉCROLOGIE

Le Dr Decarpentries, de Croix (Nord).

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

[Tre]nte-cinquième année. — Tome II. N° 102. Samedi 1er Septembre 1888.

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET — Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de médecine.
MICHEL PETER — Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.
DAMASCHINO — Professeur de pathologie médicale, Médecin des hôpitaux.
P. BERGER — Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.
E. BOTTENTUIT — Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.
F. LABADIE-LAGRAVE — Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome II. N° 102 Samedi 1er Septembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

REVUE CRITIQUE

—

L'actinomycose chez l'homme.

On désigne sous le nom d'actinomycose une maladie contagieuse causée par la présence dans le corps d'un parasite végétal, à forme radiée, l'actinomyces. C'est une maladie qui a été étudiée surtout à l'étranger, en Allemagne, en Russie, en Angleterre où elle paraît plus fréquente. Bollinger (de Munich) décrivit pour la première fois ce parasite et reconnut en lui un végétal qui produit par sa pullulation des tumeurs ayant leur siège dans les mâchoires des bêtes à cornes. Ces tumeurs étaient connues des vétérinaires sous le nom d'ostéosarcome, de cancer et de scrofule des os. Elles sont d'une couleur blanchâtre, d'une consistance ferme et renferment par places des petites masses jaunâtres ressemblant à de petits abcès. Le râclage de ces masses donne de petits grains jaunâtres de la grosseur d'une graine de chenevis, qui sont constitués au microscope par des filaments de groupement et de forme variables. Harz a reconnu que ces parasites appartiennent au groupe des mucédinées.

En 1878, James Israel, médecin de l'hôpital israélite de Berlin, observa chez l'homme deux cas d'une maladie qui affecta l'aspect d'une pyémie chronique. L'examen du pus retiré d'abcès nombreux pendant la vie et après la mort fit reconnaître l'existence de ces grains jaunâtres constitués par les parasites végétaux. D'après l'avis du botaniste F. Cohn, Israel classa le parasite dans le groupe du streptothrix Forsteri. En 1879, Ponfick (de Breslau) observa également un cas d'inflammation phlegmoneuse, siégeant autour de la colonne vertébrale, qui s'était développée à la suite d'une maladie pulmonaire. L'attention fut éveillée par la présence dans le pus de petites masses d'un champignon absolument identique à celui que Bollinger avait trouvé dans le bétail. En comparant son cas avec les faits antérieurs, Ponfick fut convaincu que toutes ces maladies ne sont que des formes cliniques différentes d'une même maladie cau-

sée par l'actinomyces. Il faut rappeler encore ici que Langenbeck avait observé une fois en 1815 des parasites végétaux agglomérés en petites masses dans du pus, et que plus tard, en 1857, Lebert avait décrit l'actinomyces dans le pus humain et en avait donné une figure dans son atlas. Les cas d'actinomycose se sont multipliés dans ces dernières années, ce qui a donné lieu à un certain nombre de monographies parmi lesquelles celles de Ponfick, d'Israel et de Firket occupent la première place.

L'affection ne paraît pas très rare en Allemagne et en Autriche, car les communications ont été assez nombreuses sur ce sujet et Rotter (de Berlin) en a observé cinq cas en huit mois.

Les aspects multiples sous lesquels se présente la maladie ont pu égarer le diagnostic. Pour le moment, on a classé les formes cliniques en trois catégories :

1° Celles qui sont produites par la pénétration du parasite par la cavité buccale, dents cariées, fistules dentaires, amygdales, muqueuses du palais, et qui se manifestent par des maladies des mâchoires et du cou;

2° Celles qui tirent leur origine du poumon ; le parasite s'introduit par la muqueuse lésée ou non des voies respiratoires et développe des accidents du côté des poumons, des lèvres, du péricarde, de la paroi thoracique ;

3° Enfin celles qui se manifestent par des affections abdominales ; ici le parasite pénètre vraisemblablement par la muqueuse intestinale et envahit ensuite les organes abdominaux ainsi que la paroi abdominale.

Dans certaines circonstances, chacune de ces formes cliniques peut se compliquer d'accidents qui ressemblent à ceux de la pyémie chronique ; c'est qu'alors le parasite a pénétré dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques, infectant tout l'organisme et provoquant des lésions locales terminées habituellement par suppuration.

Quelques mots maintenant sur les principaux phénomènes qui signalent chacune de ces formes.

Dans le premier groupe de faits observés chez l'homme, on voit survenir des tumeurs d'aspect inflammatoire dans la région de la mâchoire inférieure, rarement dans la mâchoire supérieure. Ces tumeurs se développent très lentement en général, ont les dimensions et parfois la dureté d'un noyau de cerise, elles occupent la région sous-maxillaire, l'angle de la mâchoire, la région de l'arcade zygomatique; mobiles et indolentes quelquefois pendant plusieurs années, elles finissent par devenir molles, adhérentes, douloureuses; si on les abandonne à elles-mêmes, elles s'ulcèrent et donnent issue à du pus renfermant les colonies parasitaires. Ces tumeurs peuvent

se multiplier et envahir successivement le cou, le larynx, la région claviculaire et rester fistuleuses après avoir développé une inflammation phlegmoneuse circonscrite autour d'elles. Si la maladie débute par la mâchoire supérieure, les petites tumeurs envahissent les joues et la région temporale, et plus profondément la colonne vertébrale et la base du crâne où elles développent des accidents inflammatoires. Rotter a cité un exemple de ce genre d'évolution, et on comprend que dans ces conditions, la maladie présente l'aspect clinique d'une carie vertébrale. Esmarch a insisté sur l'induration très prononcée qui entoure les abcès comme étant caractéristique.

Dans la forme qu'on pourrait appeler thoracique, le malade commence en général par être atteint d'une bronchite chronique accompagnée d'une expectoration purulente, quelquefois fétide. Chez quelques malades, on constate les signes d'une broncho-pneumonie ayant le plus souvent son siège à la base, mais on peut les observer au sommet et le malade passe alors pour phthisique. Cette pneumonie mycotique a une grande tendance à s'étendre et à produire des lésions de la plèvre et du tissu cellulaire voisin. De là, tous les phénomènes qu'on peut observer dans une pleurésie purulente. Mais les lésions peuvent encore gagner les côtes, on voit alors apparaître de petites tumeurs douloureuses de la paroi thoracique autour desquelles se développe une inflammation phlegmoneuse aboutissant à la suppuration. Les abcès peuvent s'étendre jusqu'à la colonne vertébrale et au bassin.

Dans l'actinomycose thoracique, la broncho-pneumonie ressemble étrangement à celle de la tuberculose. Les malades toussent, ont de la fièvre et des sueurs nocturnes et expectorent des crachats purulents et nummulaires ; l'hémoptysie est fréquente, mais si l'on examine les crachats au microscope, on ne trouve que les agglomérations d'actinomyces en plus ou moins grande quantité. D'après Israel, les germes arrivent dans le poumon non pas par l'air inspiré, mais par des matières qui pénètrent dans la cavité buccale.

La forme abdominale de l'actinomycose donne lieu à des accidents très variés et souvent mixtes pour ainsi dire, c'est-à-dire affectant à la fois les viscères abdominaux et la paroi abdominale. L'introduction du parasite dans le tube digestif a pour effet de provoquer la formation d'ulcérations de la muqueuse, de tout le trajet de l'intestin, mais surtout du rectum. On trouve le végétal au fond de ces ulcérations destinées à leur sort habituel, car elles exposent à la perforation, aux adhérences et aux abcès enkystés. Le malade de Rotter présenta des symptômes de péritonite qui durèrent plusieurs mois, puis il fut atteint de rectite et de fistule consécutive à l'ouver-

ture de l'abcès ; dans la suite il eut un vaste abcès au niveau des deux os iliaques. Dans ce cas, le point de départ avait été le rectum. Chez le malade de Ullmann, il se développa sans cause connue une tumeur abdominale accompagnée de troubles de la miction et d'amaigrissement. La tumeur s'abcéda et l'examen microscopique en fit reconnaître la véritable nature.

L'extension considérable des lésions dans le tube digestif fait que la maladie revêt un aspect infectieux qui la fait ressembler à la fièvre typhoïde. Le cas d'Arnold Keller en est un exemple. Un individu de 39 ans est atteint d'un léger frisson, puis de faiblesse et d'inappétence ; la diarrhée s'établit, la température s'élève à 40.8, on constate la tuméfaction de la rate. Seulement la maladie met trois mois à évoluer et à épuiser le malade. L'autopsie montra des lésions dysentériques du colon, des abcès du foie, une péritonite purulente due à la perforation de l'un de ces abcès. Partout enfin on constata des amas parasitaires de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une graine de pavot. Cette forme typhoïde peut être regardée comme une variété de la forme pyémique dans laquelle on voit intervenir des abcès multiples dans toutes les régions.

Au point de vue anatomo-pathologique, les lésions sont les mêmes à peu de chose près chez l'homme et chez les animaux. Chez ces derniers les tumeurs, formées de granulations parasitaires, peuvent atteindre un très gros volume et n'ont que peu de tendance à se détruire. Chez l'homme les tumeurs sont plus petites et ont une évolution plus rapide en général ; cependant elles peuvent persister longtemps et guérir en produisant une induration cicatricielle. En fait, comme l'a établi Ullmann, la suppuration dans l'actinomycose n'est pas spécifique, car dans tous les cas il a trouvé le staphyloccocus ; les actinomyces favorisent seulement l'invasion de ce dernier en créant un *locus minoris resistentiæ*.

Examinons maintenant rapidement le parasite essentiellement la cause de tous les accidents. On le rencontre dans le pus, dans les crachats et dans d'autres produits pathologiques sous forme de colonies. Celles-ci sont formées d'un feutrage des filaments parsemé de granulations.

Tout autour de la masse on remarque une sorte d'enceinte constituée par des organes pyriformes qui semblent émerger du centre de la colonie et qui affectent une disposition radiée. Le botaniste Hart regarde ce centre comme étant le mycélium, et les renflements pyriformes de la périphérie comme étant les gonidies ou les organes reproducteurs du champignon.

Les granulations seraient des spores ou proviendraient de la destruction du mycélium. Cette disposition rapprocherait ce végétal du

leptothrix. Pour Boström, l'actinomycès n'est pas un champignon mais une bactérie filamenteuse ramifiée très voisine des cladothrix.

Les organes claviformes de la périphérie ne seraient que des formes d'involution que subissent les filaments lorsque les bactéries ne sont pas dans les conditions vitales convenables. L'opinion de Boström plus récente est adoptée par nombre d'auteurs, et en particulier par Afanassiew (*St-Petersbgr. med. Woch.* 10.1888). Des cultures ont été faites par Ponfick, Johne, Israel qui ont ensuite inoculé avec les produits l'actinomycose sur le veau et sur le lapin.

Dans tous les produits pathologiques, le pus, les crachats purulents ou sanguinolents, on retrouve les granulations caractéristiques variant de un demi à deux millimètres de grosseur. Elles sont blanchâtres ou jaunâtres, parfois transparentes et nagent dans un liquide purulent. Pour pouvoir les examiner commodément au microscope, il faut se débarrasser des globules du pus avec une solution de potasse. Toutes offrent à la périphérie des organes à disposition radiée, mais dans les unes les organes ont la forme de massue, tandis que dans les autres ce sont de simples filaments ramifiés. Les amas de leptothrix en diffèrent en ce que les filaments sont droits, non ramifiés et associés plutôt en forme de bouquets. Les grains d'actinomycose sont susceptibles de se calcifier, mais plus rarement chez l'homme que chez les animaux. Leur surface se recouvre de cristaux calcaires brillants et irréguliers que l'acide chlorhydrique faible dissout et fait disparaître.

Dans quelques cas on trouve les champignons dans l'urine, lorsque les reins sont le siège de la maladie ou lorsque les parasites immigrent par une voie quelconque dans la vessie. Un cas publié par Egbert Braatz (*St-Pet. med. W.* 15-1888) montre que les bactéries de l'actinomycose peuvent se multiplier dans l'urine sans dommage pour la vessie elle-même si la muqueuse était saine avant l'arrivée du parasite.

Comment l'actinomycose se développe-t-elle chez l'homme ? Comme la maladie paraît plus fréquente chez le bétail, on a pensé qu'elle était transmise des animaux à l'homme par suite d'une contagion ou par l'alimentation avec des viandes infectées. Mais l'observation des cas devenus plus nombreux dans ces derniers temps a fait justice de cette opinion, de sorte que beaucoup d'auteurs avec Israel pensent que l'homme et les animaux s'infectent à des sources communes. Jensen croit que le parasite existe sur certaines graminées en Danemark et que l'orge par exemple, pourvue de longues barbes, peut occasionner sur la muqueuse buccale des animaux des blessures lé-

gères qui servent de porte d'entrée au champignon radié. Johne, de son côté, a trouvé sur les amygdales des porcs des barbes de graminées, d'orge surtout, qui étaient couvertes d'un champignon très analogue, sinon identique, à l'actinomyces. Soltmann raconte qu'un jeune garçon fut atteint de la maladie après avoir avalé un épi d'orge sauvage, et eut des abcès de la paroi thoracique dans le pus desquels on retrouva les colonies parasitaires et des restes de l'épi avalé (Afanassiew. loc. cit.).

Le pronostic de la maladie varie naturellement selon que l'infection est locale ou générale. La mort est la règle lorsque le parasite a envahi les viscères, mais tant que la maladie reste locale, c'est-à-dire accessible aux moyens chirurgicaux, on peut compter sur la guérison. Le traitement consiste dans l'ablation des nodosités, le grattage et des pansements antiseptiques. Les chirurgiens qui ont eu l'occasion de traiter l'actinomycose locale (de la mâchoire inférieure en général) ont fait valoir les bons résultats obtenus avec de la terre siliceuse mélangée à du sublimé à deux pour mille. On voit d'après cela combien il est important au point de vue du traitement de reconnaître le premier stade de la maladie.

L. Jumon.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'OPHTHALMOLOGIE

Tenu à Heidelberg du 8 *au* 11 *août* 1888.

Séance du 9 *août* (matin) (*suite*).

M. *Schweigger*. Les anciennes statistiques relatives aux cataractes faites avec iridectomie offrent bien des points sujets à contestation. Les perfectionnements de l'appareil opératoire, la méthode antiseptique et la découverte de la cocaïne, ont permis de revenir à l'ancienne méthode à lambeau, sans iridectomie, mais pourquoi ne pas revenir au couteau triangulaire dont la forme était parfaitement adaptée à la fonction ?

M. *de Wecker* n'est pas d'avis de changer le couteau de de Græfe qui donne tant de facilités opératoires. Il est absolument partisan de l'ésérine qu'il instille dans l'intérieur de l'œil, à l'encontre de l'atropine qui peut exagérer la tension intra-oculaire.

M. *Wicherkiewicz* (de Posen) ne met jamais d'atropine avant l'opération de peur d'avoir des enclavements dans les coins de la plaie lorsqu'il pratique l'iridectomie.

M. *Galezowski* (de Paris), pour éviter la hernie de l'iris dans l'opération de Daviel, fait la ponction et la contre-ponction dans la sclé-

rotique; puis il laisse l'œil fermé pendant six jours après l'opération.

M. *Chibret* (de Clermont-Ferrand) se défie de la cocaïne en excès qui rend l'œil hypotone. Même après l'opération, les malades peuvent se passer de rester au lit; il les laisse sur un fauteuil, ce qui leur est beaucoup plus agréable.

M. *Græfe* se sert toujours d'atropine.

M. *Knapp* pratique l'opération de la cataracte sans iridectomie et fait un grand lambeau avec le petit couteau dans une situation très périphérique, sans croire que cela favorise l'enclavement. Il fait le lavage de la chambre antérieure avec une solution de sublimé à I pour 10000. Il a opéré de la sorte 190 malades; sur ce nombre, il a dû faire 155 opérations secondaires, mais il pratique l'opération secondaire même quand l'acuité visuelle atteint 2/3. Il l'exécute trois semaines après l'extraction.

M. *Meyer* (de Paris) défend l'iridectomie. Parmi les statistiques anciennes, il en est de très bonnes et de très consciencieuses. Il rappelle cette parole de de Graefe : chaque œil qui renferme une synéchie antérieure ou un enclavement contient un dammum permanent, dont on ne peut prédire les conséquences.

M. *de Wecker* : Mais il y a douze ans M. Otto Becker nous disait qu'il n'y avait presque pas d'œil opéré par la méthode de de Graefe qui ne présentât un enclavement.

M. *O. Becker* n'a entendu parler que de constatations histologiques qui n'ont pas d'importance au point de vue de la fonction.

M. *Knapp* considère l'opération sans iridectomie comme d'une importance capitale. Il compare l'œil à un bateau à vapeur et l'iridectomie à une soupape de sûreté qui ne doit fonctionner que rarement.

Séance du 9 août (soir).

ACTION PHYSIOLOGIQUE DES MUSCLES INTRA-OCULAIRES. — M. *Jessop* (de Londres) se résume en cette conclusion : les nerfs ciliaires courts sont préposés à la contraction de l'iris et à la production du myosis, les nerfs ciliaires longs à la dilatation du sphincter irien et à la mydriase.

ACTION DU TENSEUR DE LA CHOROÏDE. — M. *Coccius* (de Leipzig). Dans l'état d'accommodation du cristallin, la face postérieure de cette lentille exécute des mouvements parfaitement visibles sous la forme de vibrations plus ou moins rapides, surtout accusées quand il existe une liquéfaction du corps vitré. Le corps vitré se meut le premier sous l'influence du muscle tenseur de la choroïde, il comprime la lentille cristallinienne qui change de forme consécutivement.

TRAITEMENT DU LARMOIEMENT PERSISTANT. — M. *de Wecker* enlève la glande lacrymale accessoire dans le cas de larmoiement persistan

que rien ne peut guérir. Pour cela, après cocaïnisation, il écarte et tend la paupière supérieure et, de bon gré ou à l'aide d'une pince, force l'œil à se porter en bas et en dedans. La glande accessoire se présente alors non pas disséminée, mais conglomérée et avec la forme d'un bourrelet saillant dont on pratique facilement l'excision après dissection de la conjonctive.

M. *Gruening* (de New-York) pense qu'avant d'entreprendre aucune opération radicale il faut explorer les fosses nasales et la muqueuse du nez.

M. *Eversbuch* (d'Erlangen) dans les larmoiements invétérés enlève la glande lacrymale principale, orbitaire, par une incision cutanée située dans le sillon fronto-palbébral. Pour éviter le ptosis consécutif il réunit le muscle orbiculaire au périoste frontal par une série de sutures. Il se demande si l'opération de M. de Wecker n'exposerait pas au xérosis de la cornée.

PHOTOGRAPHIE OCULAIRE. – M. *Cohn* montre les résultats obtenus par lui au moyen de la lumière de magnésium (poudre de magnésium et chlorate de potasse mélangés).

M. *Howe* (de Pétersbourg, V. S.) présente quelques photographies du fond de l'œil.)

STATISTIQUE SCOLAIRE. — M. (*Crainiceau* de Bucharest) propose au congrès de fixer une méthode statistique dans le but de rechercher les affections oculaires congénitales.

MÉGALOPHTHALMIE. — M. *Dürer* (de Hanovre) a constaté dans plusieurs yeux mégalophthalmes que les muscles grands obliques présentaient une obliquité supérieure à ce qu'elle est ordinairement. En outre, l'enroulement de ces obliques autour du globe se fait si étroitement qu'il laisse une impression durable à la surface de la sclérotique. Il en résulte une compression plus ou moins notable des veines émergentes.

VARIÉTÉS

Les médecins ont-ils un patron au paradis?

— Non, répond M. Fournier dans le *Bulletin médical des Vosges*, et, il ajoute : M. Chereau a donné une liste de *trente et un* médecins inscrits sur le tableau des saints.

Devant un tel chiffre, j'eus, je l'avoue, un légitime mouvement d'orgueil.

Je me procurai, incontinent, une vie des saints — deux gros in-folios s'il vous plaît — et me voilà feuilletant l'histoire de la vie de ces bienheureux confrères afin... de pouvoir les imiter.

Hélas ! je rougis de l'avouer, la médecine ne fut pour rien dans leur sanctification. C'est *quoique* et non *parce que* ils étaient médecins qu'ils figurent sur la liste des canonisés.

Il faut donc — cruelle déception — en rabattre et je vais vous conter les faits médicaux (?) de quelques-uns de ces béatifiés confrères et vous y verrez, que par votre manière de pratiquer la médecine, vous êtes bien loin d'imiter vos confrères du Paradis et que dès lors il est tout naturel qu'aucun de ceux-ci n'ait voulu remplir au Paradis — les fonctions de patron des médecins.

Saint Blaise. — Né à Sébaste, en Arménie, étudia la médecine. Cet « art l'obligeant de voir de près les infirmités et les misères de « cette vie, lui donna lieu de faire de plus sérieuses réflexions sur « le peu de durée des biens terrestres et sur le mérite de la solidité « des biens éternels... »

Il fut élu évêque... A cette époque, ça se passait comme cela.

« ... Il s'appliqua à instruire son peuple autant par ses exemples « que par ses paroles... »

Alors il se retira sur une montagne, dans une caverne, — sans doute pour ne plus faire de médecine — « mais voilà que les hommes « accouraient en foule dans cette montagne pour y chercher la « guérison de l'âme et du corps... »

Chose merveilleuse :

... « Les bêtes sauvages les plus féroces y venaient par troupes « pour recevoir du soulagement dans leurs maux et... sa bénédic- « tion !... »

Evidemment, nous avons affaire à un médecin... vétérinaire.

Tout cela, vous le pensez bien, fit du bruit, on était sous le règne de Dioclétien, le grand persécuteur : saint Blaise fut arrêté.

On le menait en prison, quand il fit la rencontre d'une pauvre mère dont le fils unique mourait étranglé par... une arête de poisson qui lui était restée dans la gorge.

Saint Blaise tombe à genoux et supplie Dieu de lui donner le pouvoir de guérir les personnes qui sont étranglées par une arête de poisson et qui ont mal à la gorge...

Dieu ne pouvant rien refuser à un homme qui allait subir le martyre pour lui, l'enfant guérit sur-le-champ.

Depuis, chaque fois que vous aurez mal à la gorge, invoquez saint Blaise et vous guérirez.

Il ne fut pas facile de tuer notre glorieux confrère ; on voulut le noyer ; au lieu d'aller au fond de l'eau, il se mit à marcher dessus ! Ses bourreaux veulent le poursuivre, ils se noient.

... Saint Blaise revient sur la terre ferme ; là on lui tranche la

tête ; auparavant on lui avait arraché la peau, les muscles, avec des cardes de fer !...

Aussi les cardeurs de laine en ont-ils fait leur patron. C'est à ce titre qu'il est célèbre.

Et la médecine ? ....?????

Passons à un autre.

SAINT BASILE. — Evêque et Docteur... de l'Eglise, né en 328 en Cappadocie, apprit la philosophie, la dialectique, la géométrie, l'astronomie, la *médecine*... devint... avocat, puis... évêque de Césarée et mourut en 379.

SAINT ANTIOCHE. — Comme saint Blaise, était médecin à Sébaste. Il eut la tête tranchée, mais au moment où celle-ci tombait, il jaillit du lait au lieu de sang ; le bourreau fut tellement... *épaté*, qu'*illico* il se convertit au Christ et subit à son tour le martyre...

SAINT PANTALÉON. — Fut martyrisé en 303, à Nicomédie. Ce fut, dit M. Chereau, la jalousie de ses confrères — toujours les mêmes, ces confrères — qui le dénonça ; mais ils furent bien attrapés ; car, après sa mort, saint Pantaléon guérit beaucoup plus de malades que de son vivant......... ....

C'est bien fait, méchants confrères. . . . .

SAINT COSME ET SAINT DAMIEN. — Deux frères jumeaux nés en Arabie.

... « Comme ils vivaient dans un pays où la science de la méde-« cine était négligée, ils crurent que s'ils se rendaient habiles dans « cet art, ils auraient le moyen de s'insinuer dans l'esprit des païens « en travaillant à guérir leur corps... »

— Evidemment, Cosme et Damien étaient des ambitieux qui voulaient se faire élire conseillers municipaux de leur ville.

« Dieu bénit leur dessein, Cosme et Damien se rendirent si habiles « dans la connaissance de la nature et de la médecine que leur ré-« putation les rendit célèbres... »

Cela se comprend : ils guérissaient tout le monde.

Voici leur procédé, je vous le livre tel que je l'ai trouvé dans la *Vie des Saints* :

... « Aussitôt arrivés près du malade, ils commençaient par faire « une courte mais fervente prière ; puis s'informaient de la nature « du mal ; *ils faisaient le signe de la croix sur le malade, et sur* « *l'heure même les douleurs cessaient, la fièvre disparaissait*, et le « malade et souvent même des moribonds se trouvaient en parfaite « santé... »

C'est ainsi — ou à peu de chose près — que nos sorciers ou *guérisseurs du secret* procèdent de nos jours.

Cosme et Damien acquirent une clientèle énorme ; pour être guéris

sans aller chez le pharmacien, les Arabes malins se convertissaient en masse.

Mais hélas! l'autorité intervint; par ordre du terrible Dioclétien, les glorieux médecins furent arrêtés et décapités.

Ils devinrent ainsi martyrs et saints, non parce qu'ils *soignaient* les païens, mais parce qu'ils les *convertissaient*.

Au moyen-âge la corporation des médecins se mit sous la protection de saint Cosme et saint Damien.

Ces chirurgiens — connus aussi sous le nom de chirurgiens à robe longue — eurent maille à partir avec la confrérie des barbiers qui, eux, s'étaient mis sous le vocable du saint Sépulcre.

Les discussions furent vives, passionnées, violentes; les procès nombreux. Les chirurgiens de saint Cosme l'emportèrent à la fin et parvinrent à maintenir leur juridiction sur les barbiers : saint Cosme vainquit le saint Sépulcre, ce qui n'est pas un mince triomphe.

Ainsi, c'est grâce à ces chirurgiens à robe longue, que saint Cosme devint célèbre.

Vous avouerez avec moi que c'est le monde renversé : des protégés, humbles habitants de la terre, ont fait la réputation de leur protecteur, habitant le Paradis!

Saint Cosme ne daigna pas intervenir en faveur de ceux qui l'invoquaient comme patron ; dans leur lutte avec les barbiers il ne fit pas le moindre miracle en leur faveur; aussi, à la Révolution, Cosme et Damien furent lâchés — ils le méritaient bien — par tous les chirurgiens.

Aussi bien — ce sera ma conclusion — nous ne pouvons plus compter sur saint Cosme et saint Damien ; nous ne pouvons même pas employer leur thérapeutique ; que diraient les pharmaciens?... le signe de la croix ne figure pas encore sur le codex.

Saint Luc. — Païen et médecin, tel nous apparaît Luc. C'était un fort habile médecin; saint Paul et saint Jérôme nous l'affirment. Parent de saint Paul, il trouva comme lui son chemin de Damas.

L'ancienne faculté de Paris prit saint Luc comme patron. Il devint dans les luttes qui agitèrent si longtemps nos ancêtres médicaux, le patron des « médecins orthodoxes ».

C'est au nom de Dieu, de la sainte Vierge, de saint Luc que se prêtait dans la vieille école, le triple serment médical.

A Montpellier qui, sans doute n'était pas orthodoxe, on prêtait ce serment au nom d'Hippocrate.

Saint Luc représentait un parti ; et alors comme aujourd'hui la *concentration* ne put jamais se faire ; saint Luc finit, à la Révolution, par être destitué de ses fonctions de patron...

Du reste, ce n'est pas comme médecin que Luc fut canonisé, c'est

comme *évangéliste*. Ce fut un grand convertisseur : mais l'ingrat ne se servit même pas de la médecine, comme l'avaient fait Cosme et Damien.

Luc mourut dans son lit, disent les uns, il fut pendu à une branche d'olivier par les idolâtres, disent les autres... Comme je n'étais pas là, je ne déciderai pas.

J'oubliais !

Luc mourut à 84 ans « ayant été vierge toute sa vie »...

Je vous citerai encore : SAINT SAMSON qui avait la spécialité de guérir les malades désespérés. Après sa mort, son tombeau laissa suinter un liquide « admirable contre les maladies »...

SAINT THÉODOTUS, *episcopus* et *medicus*...

SAINT ORESTE, médecin des plus vigoureux ; martyrisé, mourant, il eut la force de tracer sur le sable, avec son sang, le nom de Jésus !...

SAINT CYRUS, qui poussait le dévouement jusqu'à enterrer lés malades qu'il avait soignés !...

SAINT CÉSAIRE, médecin très occupé. Les habitants de Bysance lui offrirent les plus grands honneurs, ils voulurent même le mar[illegible] avec une noble dame et le nommer... sénateur ! Il refusa. Au[illegible] l'a-t-on canonisé. Je conclus :

Il ressort de tout cela, mes chers confrères, que moins favori[illegible] que les avocats, nous n'avons pas de patron au paradis. Je consid[illegible] comme un devoir de vous signaler cette lacune, il y a là une place à prendre. J'ajoute que, d'après mes laborieuses recherches, le martyre ne me semble pas obligatoire pour arriver à cette haute situation.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 19 *au* 25 *août* 1888. — Fièvre typhoïde. 11. — Variole, 1. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, Croup, 25. — Phthisie pulmonaire, 174. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs cancéreuses et autres, 38.

Méningite, 30. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 26. — Paralysie, [illegible] — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 44.

Bronchite aiguë et chronique, 33. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 36.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 170.

Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 25. — Suicides et autres morts violentes, 28. — Autres causes de mort, 166. — Causes inconnues, 9.

Nombre absolu de la semaine : 910. — Résultat de la semaine précédente : 869.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 103. MARDI 4 SEPTEMBRE 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome II. N° 103 Mardi 4 Septembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

Les phénacétines.

Parmi les antipyrétiques qui ont été récemment étudiés, les phénacétines paraissent se recommander plus particulièrement en raison de certains avantages qu'on leur a attribués sur l'antipyrine et l'acétanilide. Elles se présentent sous la forme d'une poudre blanche cristalline qui a été utilisée pour la première fois en 1887 par Hinsberg et par Kast, et dont les effets ont été étudiés par Kobler, à la clinique du professeur Bamberger, à Vienne, et plus récemment par le Dr Gaiffe qui en a fait le sujet de sa thèse. Au début des expériences, les résultats annoncés par les auteurs n'étaient pas tout à fait concordants, ce qui tient à ce que les produits ne sont pas identiques. Les phénacétines ou acetphénétydines sont, en effet, au nombre de trois, que par abréviation nous désignerons par les termes d'ortho-méta-paraacetphénéthydine. Leur formule est

$$C^6H^4\left<\begin{matrix}OC^2H^5\\ AzHC^2H^3O\end{matrix}\right.$$

La méta, dont le point de fusion est à 96°, donne peu de résultats en thérapeutique et n'est pas employée.

La paraphénacétine est fabriquée en France par la maison Poirrier; en Allemagne, par Bager et Ce. Les deux produits diffèrent quelque peu. Le produit français est une poudre blanc rosé qui fond à 134°, peu soluble dans l'eau froide, mais très soluble dans l'eau chaude, soluble à 1/15 dans l'alcool à 90°. Le produit allemand est insoluble dans l'eau chaude comme dans l'eau froide, la glycérine, les huiles; il est soluble dans l'acide acétique et dans l'alcool à 90° dans la proportion de 1/30.

L'ortho-phénacétine se présente sous forme de paillettes blanches, brillantes, légères, inodores et insipides. Elle fond à 75°; peu soluble dans l'eau froide, elle se dissout très bien dans l'eau bouillante, dans le chloroforme et dans l'alcool à 90° dans la proportion de 1/3.

Pour leur préparation et leur dosage nous ne pouvons que renvoyer au travail de M. Gaiffe (*Bulletin de thérapeutique,* 30 juillet 1888), désirant seulement insister ici sur leur application thérapeutique.

L'insolubilité des phénacétines dans la plupart des véhicules ordinaires oblige à les administrer exclusivement sous forme de cachets, ou même en poudre en raison de leur absence de saveur. Misrachi et Rifat ont cependant utilisé l'absorption cutanée à l'aide de la solution éthérée. Malgré cette insolubilité dans l'eau, la phénacétine est parfaitement absorbée par la muqueuse gastro-intestinale, ce qui est très probablement dû à la présence de l'acide lactique.

La phénacétine se dissout en effet dans l'acide lactique à la température de 30 degrés, et à la dose de 20 centigrammes pour 1 gr. d'acide lactique. Le médicament, d'après cela, devrait donc être donné lorsque la sécrétion gastrique est en pleine activité. L'absorption est assez rapide et l'élimination se fait par les urines qui présentent les réactions des oxy-phénols ; le perchlorure de fer donne une coloration rouge, le sulfate de cuivre une coloration verte, une solution d'acide phénique à 5 p. 0/0 donne une coloration jaune citron foncé. L'acide sulfurique et les sulfates de l'urine sont augmentés.

Quant aux doses, on admet que 1 gramme de phénacétine correspond à 2 grammes d'antipyrine et à 50 centigrammes d'antifébrine.

S'il s'agit de maintenir la température du corps à un certain niveau il convient de donner de petites doses de 30 à 50 centigrammes à des intervalles de 2 ou 3 heures, mais cette façon de procéder ne réussit pas, d'après Hoppe, si l'on veut combattre des douleurs névralgiques, et il vaut mieux dans ce cas donner, en une seule fois, une dose massive de 2 grammes. La toxicité des phénacétines est d'ailleurs très faible, puisque Misrachi et Rifat ont fait ingérer à une poule de 1 kilogramme jusqu'à 2 grammes du médicament, ce qui n'a produit d'autre effet qu'un abaissement de température de 1°2. M. Gaiffe, de son côté, n'a observé aucun phénomène toxique avec une dose de 2 gr. 50 chez un lapin de 2 kilogr. Enfin le médicament est très bien supporté par les enfants à la dose de 10 à 25 centigrammes.

Des trois phénacétines c'est la para qui a été le plus souvent employée, c'est également la plus active. Administrée à un individu en pleine santé à la dose de 1 gramme, la phénacétine ne produirait d'après Kobler aucun malaise, ni vomissement, ni cyanose, ni abaissement de la température. A des doses toxiques seulement elle produit chez les animaux un abaissement de 1 degré à 1 degré et demi. Dans la fièvre l'action de la phénacétine est remarquable. Des doses de 30 à 50 centigrammes répétées plusieurs fois par jour abaissent la

température de 1°5 à 2°5, l'abaissement persiste huit à dix heures sans qu'on constate de cyanose et de transpirations profuses. Dans tous les cas le pouls n'est nullement influencé.

On doit à Misrachi et Rifat *Bulletin de thérapeutique*, juin 1888) des observations très complètes sur l'action antipyrétique de ce médicament. Dans les fièvres palustres, la phénacétine abaisse la température de 39 ou 40° à 37.5 ou 38,5 ; elle produit en même temps un amendement de tous les symptômes, disparition de la céphalée et de la courbature, toujours avec absence de sueurs profuses. Mais la phénacétine n'a aucune influence sur le miasme palustre.

Dans la pneumonie franche, elle produit de même l'abaissement de la température, la disparition du point de côté, d'où atténuation de la dyspnée.

Chez les tuberculeux la phénacétine produit l'apyrexie pendant quatre heures en moyenne. M. Gaiffe cite de son côté le cas d'un garçon de 20 ans tuberculeux qui se plaignait de dyspnée, de douleurs épigastriques après les repas, suivis parfois de vomissements. On lui donna 25 centigrammes de phénacétine une demi-heure avant le repas, et la dyspnée, les douleurs et les vomissements cessèrent.

M. Dujardin-Beaumetz s'est servi de la paraphénacétine allemande, de la para et ortho-phénacétine françaises. Les deux premières donnent des résultats identiques. L'ortho-phénacétine produit une action antithermique très nette dans la tuberculose et le rhumatisme musculaire et l'action analgésique dans la sciatique. Les doses cependant doivent être plus fortes que pour les autres phénacétines (de 1 gr. 5 à 2 gr.) Contrairement à ce qu'affirment MM. Misrachi et Rifat, M. Gaiffe a signalé des sueurs. des nausées, de l'abattement consécutif à l'administration de la phénacétine. Mais ces accidents ont été légers et ont paru tenir à certaines idiosyncrasies.

L'action analgésique de la même substance est très remarquable et peut être utilisée comme pour l'antipyrine partout où l'on a à combattre l'élément douleur, quelle qu'en soit la cause. Les auteurs cités plus haut ont constaté la disparition immédiate de la douleur dans 43 cas sur 54 (80. p. cent) son atténuation dans 5 p. cent des cas, enfin dans 8 cas (15 p. cent la phénacétine a complètement échoué. Souvent cependant elle réussit là où l'antipyrine ne produit qu'un peu de soulagement. Les douleurs invétérées, comme celles du lumbago et de la sciatique, résistent rarement à l'action analgésique de la phénacétine. Celle-ci paraît en outre avoir un avantage réel sur l'antipyrine toutes les fois qu'il existe des troubles dyspeptiques ou des douleurs gastralgiques, car la phénacétine est très bien supportée par l'estomac et ne produit pas de nausées. MM. Pesce, Mueller ont constaté également une action antirhumatismale remarquable, la

fièvre cesse, les douleurs se calment, mais la durée ne paraît pas abrégée.

En revanche la phénacétine est inférieure à l'antipyrine pour combattre la migraine, ce qui tient à la difficulté d'administrer le médicament par la voie rectale ou en injections sous-cutanées comme on le fait avec l'antipyrine. Les vomissements et les autres phénomènes gastriques qui accompagnent en général la migraine s'opposent à ce qu'on se serve de l'estomac comme voie d'entrée.

Comme l'antipyrine, la phénacétine jouit de la propriété de diminuer l'excrétion urinaire, et on a pu s'en servir pour combattre le diabète insipide ou sucré. L'observation la plus probante à cet égard est celle de Ch. Gaiffe. La quantité des urines de 4 litres tomba à 1500 centigrammes. Mais la polyurie reparaît dès qu'on cesse l'usage du médicament dont on doit augmenter progressivement les doses en raison de l'accoutumance. Toutefois cette augmentation des doses ne présente aucun inconvénient.

MM. Misrachi et Rifat, s'appuyant sur des observations encore incomplètes, croient enfin que la phénacétine pourrait être avantageusement employée dans les laryngites aiguës, simples, inflammatoires, dans la coqueluche dont elle diminuerait beaucoup les quintes. Deux observations de Michaelis sont favorables à cette manière de voir.

En résumé les phénacétines (para et ortho) sont d'excellents médicaments antipyrétiques et analgésiques. Elles diminuent notablement la polyurie.

Elles possèdent en total les mêmes propriétés thérapeutiques que l'antipyrine et l'acétanilide, mais elles offrent sur ces dernières quelques avantages autant qu'on en peut juger par des observations encore trop peu nombreuses.

Dans tous les cas elles n'agissent ni sur la durée, ni sur la marche de la maladie.

Les avantages qu'on reconnaît à la phénacétine sont une activité supérieure à celle de l'antipyrine, l'absence de toxicité et de phénomènes accessoires incommodes, l'insipidité parfaite, des propriétés analgésiques et antithermiques égales et peut-être supérieures à celles de l'antipyrine. Enfin la phénacétine est bien meilleur marché que celles-ci, ce qui n'est pas à dédaigner si on prend encore en considération l'activité plus grande du médicament. Des observations ultérieures ne tarderont pas d'ailleurs à nous éclairer sur la réalité de ces avantages.

L. JUMON.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'OPHTHALMOLOGIE

Tenu à Heidelberg du 8 *au* 11 *août* 1888.

Séance du 10 *août* (matin) (*suite*).

DU GLAUCOME ET DE SON TRAITEMENT. — M. *Priestley Smith*, rapporteur. Le glaucome est caractérisé par l'augmentation pathologique de la tension intra-oculaire avec ses causes et ses conséquences. Un glaucome sans augmentation de tension n'est sans doute qu'un glaucome observé dans l'intervalle des accès d'augmentation de tension.

La tension des humeurs intra-oculaires dépend de trois facteurs, les organes sécrétoires, les émonctoires et les humeurs.

L'humeur vitrée et l'humeur aqueuse sont sécrétées par la partie ciliaire du tractus uvéal. L'humeur aqueuse s'écoule par l'angle de la chambre antérieure (angle de filtration). L'humeur du corps vitré s'écoule par la pupille, mais très lentement, comparativement à l'écoulement de l'humeur aqueuse. L'excédent des humeurs du corps vitré s'écoule à l'état normal dans la chambre antérieure. La tension restant la même, une humeur séreuse s'écoulera beaucoup moins facilement dans la chambre antérieure qu'une solution saline physiologique.

Les principaux éléments qui augmentent la tension sont donc : 1° l'hypersécrétion des procès ciliaires; 2° l'encombrement de l'angle de filtration; 3° la sérosité des humeurs.

L'hypersécrétion peut être la cause d'un accès, mais le processus glaucomateux ne peut être attribué à une hypersécrétion continuelle.

L'encombrement de l'angle de filtration se rencontre dans la plupart des cas de glaucome. La filtration est notablement retardée quand la base de l'iris est poussée en avant. L'angle de l'iris est parfois encombré dans les yeux qui ne présentent aucun symptôme de glaucome, mais alors les humeurs sortent par d'autres voies, ou bien elles ne sont plus sécrétées.

La sérosité des humeurs est l'élément principal du glaucome consécutif à l'iritis séreux et à la kératite compliquée d'iritis.

Dans la plupart des cas de glaucome, l'angle de filtration est encombré. Si les causes du glaucome sont évidentes, on l'appelle « glaucome secondaire »; lorsqu'elles ne se manifestent pas, il s'agit de « glaucome primitif ».

La cause de l'obstruction de l'angle de filtration devient manifeste dans les cas : 1° de lésion du cristallin qui se gonfle et pousse l'iris en avant contre la cornée; 2° de luxations du cristallin dans la chambre antérieure en avant de la pupille qu'il obstrue, tandis que

l'humeur aqueuse emprisonnée derrière l'iris presse l'iris autour du cristallin contre la cornée; 3° d'adhérence complète marginale de l'iris avec rétention de l'humeur aqueuse qui presse l'iris contre la cornée.

A part les cas de sérosité de l'humeur aqueuse, dans toutes les formes de glaucome secondaire l'iris est propulsé en avant.

La principale cause prédisposante du glaucome est l'insuffisance de l'espace circumlenticulaire, aussi la prédisposition au glaucome augmente-t-elle avec l'âge, c'est-à-dire avec les dimensions du cristallin. De même la petitesse de la cornée semble prédisposer au glaucome.

Les altérations séniles du corps vitré qui mettent obstacle à la filtration vers la chambre antérieure sont peut-être du nombre des causes prédisposantes, peut-être faut-il y ranger à un moindre degré la rigidité de la sclérotique et la dégénérescence sénile des vaisseaux.

Les principales causes déterminantes sont toutes les influences qui produisent une surcharge sanguine du tractus uvéal, surtout les altérations générales qui apportent un obstacle à la circulation et produisent une stase dans le système veineux. L'atropine chez les individus prédisposés produit le glaucome par le gonflement de la périphérie de l'iris.

M. *Snellen* (d'Utrecht). Le glaucome se divise en deux catégories : glaucome postérieur avec diminution de la chambre antérieure, et glaucome antérieur avec augmentation de la chambre antérieure (iritis séreuse, kératite diffuse).

Dans le glaucome postérieur, les myotiques sont utiles en dilatant les espaces de Fontana, en augmentant l'extension de l'iris et en facilitant la circulation intra-oculaire. Dans le glaucome antérieur, ils sont nuisibles en ce qu'ils favorisent l'adhérence de l'iris avec la cristalloïde antérieure. Les mydriatiques agissent en sens inverse.

La sclérotomie agit dans les cas d'hypertonie en provoquant l'écoulement de l'humeur aqueuse, en libérant la périphérie de l'iris, en rétablissant la circulation troublée. Dans la sclérotomie les myotiques sont indispensables.

L'excision d'un segment de l'iris n'a qu'une importance secondaire, cependant elle est indiquée quand il y a tendance au prolapsus ou quand il y a accumulation de sérosité derrière l'iris. La conservation du sphincter irien favorise l'extension nécessaire de la périphérie de l'iris.

M. *Schön* expose sa théorie du glaucome produit par les efforts successifs de l'accommodation. La choroïde est constituée par un tissu musculaire dont les tendons se continuent jusqu'au nerf optique.

Ce muscle attire en avant l'extrémité antérieure du nerf optique et provoque à la longue la formation d'une excavation accommodative. Chez les hypermétropes dont l'accommodation est constamment en jeu, cette tension persistante peut aboutir au glaucome.

M. *Straub* (d'Utrecht). La choroïde est formée de tissus musculaires et élastiques disposés en mailles lâches qui forment autour du corps vitré un tissu semblable au filet d'un ballon.

A l'état normal dans les coupes totales faites sur des yeux énucléés, la choroïde se rétracte d'elle-même et laisse entre elle et la sclérotique un petit espace qui est comblé par de la lymphe. Dans le glaucome la choroïde ne se rétracte pas et reste appliquée contre la sclérotique. Elle semble alors avoir perdu son élasticité. Cette tension choroïdienne ne peut dépasser 70 millimètres de mercure.

A la partie antérieure de l'œil, l'appareil musculo-élastique choroïdien se divise en deux parties : l'une de ces parties constitue l'iris, l'autre la membrane de Descemet. Au niveau de l'angle iridien, il existe des ouvertures pratiquées dans l'appareil élastique dépendant de la choroïde et ces trous communiquent avec le canal de Schlemm qui sert de soupape de sûreté à la distension du liquide de la chambre antérieure. Les accidents glaucomateux proviennent des stases veineuses intra-oculaires résultant des rétractions qui s'opèrent au niveau des orifices musculo-élastiques de la choroïde.

M. *de Wecker* dans la sclérotomie conseille de se servir du couteau de Graefe le plus fin possible.

M. *Snellen* préfère le couteau triangulaire qui donne une section plus petite et permet de laisser s'écouler l'humeur aqueuse selon la volonté.

M. *Leber* (de Goettingue) croit que l'origine du glaucome est tout entière dans l'occlusion des orifices de filtration qui se trouvent au niveau de l'angle iridien, aussi il considère l'iridectomie comme plus radicalement opportune que la sclérotomie.

M. *Samelsohn* croit que l'occlusion de l'angle iridien n'est qu'un effet secondaire du glaucome. Il accepte la théorie de l'hypersécrétion émise par Donders.

M. *Galezowski* revendique dans l'opération du glaucome une place pour la sclérotomie postérieure.

M. *Stilling*. L'excavation optique paraît due moins à l'action du muscle choroïdien qu'à celle des muscles droit interne et oblique supérieur qui a pour effet direct de favoriser l'élargissement des gaines du nerf optique.

Séance du 10 *août* (soir).

CATARACTE PRODUITE PAR LA FOUDRE. — M. C. *Hess* (de Prague) a pu produire pour la première fois expérimentalement la cataracte

par la décharge de la bouteille de Leyde. Comme cause principale de cette cataracte, l'auteur a relevé la destruction plus ou moins étendue de l'épithélium du cristallin ; il s'agit donc d'un gonflement des fibres du cristallin causé par le liquide pénétrant à travers la capsule antérieure dépourvue de son épithélium.

STRUCTURE DU CHIASMA ET DU NERF OPTIQUE. — M. *Bernheimer* (de Heidelberg) a pu mettre en évidence le faisceau nerveux non entrecroisé sur des coupes passant par la partie moyenne du chiasma et des bandelettes optiques.

L'OPHTHALMIE GRANULEUSE ET LES MOUCHES. — M. *Howe* pense que les mouches, innombrables en Egypte, sont le mode le plus fréquent de la propagation de l'ophthalmie granuleuse. Pour vérifier le fait expérimentalement, il a placé ces mouches sur des plaques de gélatine et d'agar-agar et, partout où leurs pattes s'étaient posées, il a constaté des colonies de microbes considérés comme spécifiques de l'ophthalmie.

Séance du 11 *août* (matin).

LA BACTÉRIOLOGIE EN OCULISTIQUE. — M. *Leber*, rapporteur. La plupart des inflammations de l'œil présentent une origine microbienne. Les microbes peuvent s'introduire dans l'œil soit au moyen d'une plaie, soit en enflammant plus ou moins la conjonctive.

M *Sattler*, co-rapporteur. Il existe un premier groupe d'affections parasitaires qui se produisent même alors que la conjonctive a conservé intact son revêtement épithélial : l'ophthalmie blennorrhagique ou aiguë, le trachome, la diphthérie conjonctivale, la conjonctivite catarrhale aiguë.

Dans un deuxième groupe le microorganisme infectieux a dû être déposé dans une solution de continuité de la muqueuse. Ce groupe comprend le chancre induré, la tuberculose conjonctivale et les abcès.

Dans un troisième groupe d'affections parasitaires se rangent les maladies infectieuses apportées dans l'œil par la voie des vaisseaux sanguins ou lymphatiques.

ETUDES DE BACTÉRIOLOGIE POUR LA DÉTERMINATION D'UNE ANTISEPSIE EXACTE EN OPHTHALMOLOGIE. — M. *Chibret* se sert d'oxycyanure de mercure sous forme de bain dans une œillère spéciale. Ces bains durent de une à dix minutes et sont pratiqués avec une solution d'oxycyanure à 1 pour 1.500.

Séance du 11 *août* (soir).

OPHTHALMIE SYMPATHIQUE EXPÉRIMENTALE. — *M. Mazza-Andrea* (de Gênes) a fait des recherches, toutes négatives, pour savoir de quelle façon le staphylococcus pyogenes aureus pouvait passer d'un œil dans l'autre.

Colobome de la paupière supérieure. — M. *Dor* (de Lyon) présente l'observation d'une petite fille atteinte d'un double colobome de la paupière supérieure avec un léger symblépharon concomitant. M. Dor croit qu'il s'agit là d'un arrêt du développement suivant la fente oblique de la face.

Détermination de l'axe des verres cylindriques. — M. *Knapp* propose de placer le O au méridien vertical et de faire suivre le chiffre indiquant l'inclinaison de la lettre *n* pour le côté nasal et de la lettre *t* pour le côté temporal.

Numérotage des prismes. — M. *Landolt* reproduit une proposition faite par le Dr E. Jackson (de Philadelphie) au Congrès de Washington en 1887. Il propose de numéroter les verres prismatiques non plus suivant leur forme, mais suivant leur action optique. On désignerait les prismes par leur angle de déviation minimum. La déviation totale d'un prisme est minima lorsque le rayon lumineux traverse le prisme perpendiculairement à la bissectrice de son angle réfringent.

L'assemblée vote que le congrès international d'ophthalmologie conserve son autonomie, sans fusionner avec le Congrès international des sciences médicales comme cela avait été proposé.

La prochaine réunion aura lieu dans six ans à Edimbourg.

M. *le Président* déclare close la septième session du Congrès international d'ophthalmologie.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de microbiologie, par *H. Dubief* (Paris, 1888. O. Doin, éditeur).

Faire un manuel élémentaire de bactériologie où les élèves pouvaient à côté de notions générales sur les bactéries trouver tous les petits détails de la technique, tel est le but que s'est proposé le Dr Dubief. En qualité de chef du laboratoire de M. le Dr Dujardin-Beaumetz, le Dr Dubief a dû exposer aux élèves du maître, dans une série de leçons faites à l'hôpital, les notions de microbiologie aujourd'hui indispensables, comme il le dit avec raison, au bagage scientifique de tout médecin vraiment instruit. Ne sait-on pas que, dans l'état actuel de la science, l'enseignement de la bactériologie est inséparable de celui de l'hygiène, et l'hygiène ne joue-t-elle pas chaque jour un rôle plus étendu dans l'enseignement médical ? C'est la substance de ces leçons que le Dr Dubief publie sous forme d'un petit traité « destiné à initier les élèves travailleurs à cette étude des microbes à la fois si difficile et si passionnante ».

Son manuel est divisé en quatre parties : Dans une première partie

il étudie les fermentations; dans une seconde, l'histoire naturelle, l'anatomie et la physiologie des bactéries; dans une troisième, la technique histologique, la culture et les inoculations des bactéries, et enfin, dans une dernière partie, les maladies causées par les bactéries. Pourquoi le Dr Dubief a-t-il placé l'étude de la fermentation en tête de son manuel, et pourquoi lui a-t-il donné une place assez large dans cet ouvrage? C'est qu'il la considère comme une introduction nécessaire à l'étude de la bactériologie. En effet, dit-il, il faut bien se pénétrer de cette idée, trop méconnue dans le monde médical, que le peu que nous savons sur la physiologie des bactéries nous a été appris par l'étude des fermentations. Bien avant Pasteur, des esprits éminents, éclairés par une clairvoyance véritablement prophétique, avaient compris l'importance de la connaissance des phénomènes de la fermentation pour l'étude des maladies ; c'est ainsi que Robert Boyle écrivait il y a plus de deux siècles, dans son Essai sur la partie pathologique de la physique : « Qu'on me permette d'exprimer l'opinion que celui qui comprend la fermentation et la nature des ferments sera probablement plus apte que celui qui les ignore à donner une explication convenable des diverses maladies (les fièvres par exemple), qu'il n'avait sans doute jamais bien conçues sans jeter un coup d'œil dans la doctrine des fermentations ».

Ces lignes ne semblent elles pas avoir été écrites hier? Les pages consacrées par l'auteur à des fermentations ne nuisent d'ailleurs nullement au reste de l'ouvrage, et le Dr Dubief, comprenant fort bien « qu'il n'est pas de détail négligeable pour un commençant qui risque, faute d'un guide, de perdre sans profit tout le fruit d'un travail assidu » a donné particulièrement tous les développements désirables à la partie technique (histologie et cultures), la plus utile, suivant nous, de cet excellent manuel.

Dr E. Deschamps.

L'immunité par les vaccins chimiques. Prévention de la rage par le vaccin tanacétique ou le chloral, par le Dr *Peyraud* (de Libourne). Paris, G. Masson. 1888.

L'idée de se prémunir contre certaines maladies, contre des accidents résultant de l'inoculation de venins par l'ingestion de certaines substances empruntées au règne végétal ou au monde minéral n'est pas nouvelle, elle fait le fond de croyances naïves ou supertitieuses d'un grand nombre de peuplades plus ou moins incultes. On doit savoir gré au Dr Peyraud d'avoir soumis cette idée au contrôle de l'expérience pour tenter d'en tirer une notion pratique au point de vue thérapeutique; il aura ainsi montré que, s'il reste encore beaucoup à faire, dans cette voie, certaines croyances populaires ne sont pas

aussi vaines qu'on le croit en général. D'après les recherches de l'auteur et de celles de MM. Charrin, Roux, Chamberlan, Chantemesse et Widal, il résulte qu'il existe en dehors de l'élément contage des substances chimiques qui déterminent l'immunité. En général ces substances appelées vaccins chimiques sont empruntées au règne végétal. C'est ainsi que l'essence de tanaisie produit chez les animaux des effets toxiques consistant en convulsions sans perte de connaissance, en spasmes pharyngés et thoraciques, excitabilité sensorielle, tendance à mordre, hallucinations, etc, tous phénomènes qui offrent une analogie assez étroite avec la vraie rage pour que M. Peyraud ait donné à cet ensemble symptomatique le nom de similirage ou rage-tanacétique. Or un fait intéressant qui résulte des expériences est que, lorsqu'on injecte sous la peau des lapins de l'essence de tanaisie, ceux-ci deviennent réfractaires au virus rabique. Les diverses communications réunies dans la brochure nous font connaître les conditions diverses dans lesquelles les expériences ont été faites, le mécanisme par lequel les vaccins chimiques semblent agir et les déductions pleines d'aperçus nouveaux que l'auteur tire de ces faits et dont les recherches de contrôle nous feront connaître dans un avenir prochain la portée pratique. Nous ne pouvons insister davantage sur les recherches de M. Peyraud qui se recommandent à l'attention des médecins même à un point de vue général.

L. Jumon

NÉCROLOGIE

Le Dr Decarpentries, de Croix (Nord).

M. Ducruzel, suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de pharmacie d'Alger, décédé le 25 avril à l'âge de 36 ans.

Le Dr Carle, d'Auterive (Haute-Garonne).

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — *Prix Civiale.* — Avis aux internes des hôpitaux de Paris : Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1,000 francs fondé par feu le Dr Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au Secrétariat général de l'Assistance publique, avant le 15 octobre 1888, au plus tard.

Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au Secrétariat général.

Mission scientifique. — M. le Dr Frémy, ancien interne des hôpitaux de Paris, est chargé d'une mission aux États-Unis, à l'effet de visiter les

établissements publics et privés de ce pays affectés au traitement de la tuberculose.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Par arrêté ministériel en date du 20 août 1888, M. le docteur Vallon, médecin en chef à l'asile public de Villejuif, est promu à la 2e classe du cadre, à partir du 1er juillet 1888.

LES SAGES-FEMMES A CLEVELAND. — Dans la ville de Cleveland, il y a environ cinquante sages-femmes, la plupart sont allemandes, quelques-unes bohémiennes, quelques autres anglaises. Les neuf dixièmes d'entre elles n'ont aucune instruction et un trop grand nombre n'observent même pas les règles de la propreté la plus élémentaire. Une grande partie des cas de septicémie puerpérale qui se produisent dans cette ville sont dus à l'incurie des sages-femmes ; beaucoup de maladresses et de mauvaises actions ont lieu sur lesquelles ne jaillissent jamais les lumières de l'investigation. — A Ohio, tout le monde peut être médecin ou sage-femme ; il suffit de s'annoncer comme tel.

LA RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS ET DES PHARMACIENS. — Un médecin qui se trompe dans son ordonnance et un pharmacien qui délivre la potion prescrite par erreur, sont-ils coupables, en cas d'accident, d'homicide par imprudence ?

Telle est la question que le tribunal de Châteaudun vient de résoudre affirmativement.

Le Dr Fleury soignait un sieur Landier, alors à l'hospice de Cloyes, atteint d'une maladie de poitrine. Par suite d'une erreur des plus regrettables, le médecin qui traitait son malade par le sulfate neutre d'atropine, poison des plus violents, rédigeait, à la date du 16 mars, une ordonnance par laquelle il prescrivait une potion composée de 1 gramme de ce sulfate et de 100 grammes de véhicule. Le pharmacien Bossuges prépara et délivra la potion. Landier, ayant absorbé 3 grammes du médicament, mourut trois jours après, empoisonné.

Devant le tribunal de Châteaudun, le médecin a déclaré que dans son ordonnance il avait écrit par erreur : *un gramme*, au lieu d'un centigramme qu'il voulait prescrire.

Quant au pharmacien, il a allégué pour sa défense que, s'il a exécuté l'ordonnance, bien que la dose d'atropine lui eût paru fort anormale, c'est que le médecin avait l'habitude d'exagérer quelque peu les doses dans l'emploi des toxiques.

Le Dr Fleury a été condamné à 600 francs d'amende et le pharmacien Bossuges à quinze jours de prison et 400 francs d'amende.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Traité pratique de bactériologie, par E. MACÉ, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. Paris, 1889, 1 vol. in-12 de 711 pages, avec 173 figures, 8 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

…TE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 104. JEUDI 6 SEPTEMBRE 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.

DAMASCHINO
Professeur de pathologie médicale. Médecin des hôpitaux.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.



VÉRITABLES
GRAINS
de Santé
du docteur
FRANCK



MARQUE DE FABRIQUE
Dr. K
DÉPOSÉE

35e Année. — Tome II. N° 104 Jeudi 6 Septembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 5 septembre 1888.

M. Lancereaux a terminé hier le mémoire qu'il avait commencé dans l'avant-dernière séance sur la filariose. La filariose est la maladie déterminée dans l'économie par la présence de la filaire sanguine, de même que la trichinose résulte de l'infection par les trichines. Ce nouveau mot ne donnera lieu à aucune contestation.

Les désordres anatomiques causés par la filaire sont nombreux et portent sur les ganglions et les vaisseaux lymphatiques, sur les cavités séreuses et sur le sang. Mais les symptômes ne sont pas en rapport avec l'étendue de ces désordres, car souvent les malades n'éprouvent aucun malaise appréciable. Il y a cependant trois symptômes caractéristiques de la maladie, la tuméfaction molle des ganglions inguinaux, l'hématochylurie et la présence de la filaire dans le liquide sanguin. C'est sur ces trois symptômes que se basera le diagnostic.

Le pronostic est peu grave puisque la maladie se termine généralement par la guérison spontanée. La thérapeutique d'ailleurs n'a pas d'action bien manifeste ; tous les médicaments ont été employés sans beaucoup de succès. Dans le cas observé par lui, M. Lancereaux a employé l'hydrothérapie et les frictions mercurielles au niveau des ganglions engorgés du pli de l'aine. Le malade a bien guéri.

Plusieurs autres communications ont eu lieu dans cette même séance. M. Pampoukis, dont nous donnons le travail ci-dessous, a lu une étude expérimentale sur le vertige marin ; M. Verneuil a présenté une observation du Dr Suarez (d'Angers) sur un cas d'extraction d'un corps étranger de l'œsophage et M. Marty a fait un rapport sur l'eau d'un puits d'école, impropre à l'alimentation.

A. Ch.

Etude expérimentale sur le vertige marin

Par P. S. Pampoukis (d'Athènes).

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie de médecine les résultats de mes recherches expérimentales sur la pathogénie du vertige marin (mal de mer). Cette communication est le résumé restreint du mémoire en publication aux « Archives de neurologie. »

I. — La plupart des animaux sont susceptibles du vertige marin, mais ils ne vomissent que rarement.

II. — Des expériences faites à bord des barques composant le carrousel connu sous la dénomination « la mer sur terre » à Paris, il résulte que les chiens souffrent énormément. Tout d'abord on observe la dilatation des pupilles; ensuite, la perte de l'équilibre, l'inappétence et le tremblement des muscles. Pour diminuer l'effet de ces symptômes les chiens prennent une telle position que le corps s'incline en diagonale et forme un angle aigu avec la barquette. Il est à noter que c'est surtout le système céphalo-rachidien qui s'accommode dans cette nouvelle position.

III. — J'ai fait plusieurs expériences sur des chiens et des lapins au laboratoire physiologique de la Sorbonne. Ces expériences ont eu lieu d'abord sur la table à vivisection. Ayant pris les tracés des respirations, j'ai remarqué qu'elles deviennent au début du balancement plus fréquentes et plus amples; mais peu de temps après, le contraire arrive. Pendant le balancement les intestins ont une grande influence sur les mouvements du diaphragme.

IV. — Les lapins pendant le balancement présentent à peu près les mêmes symptômes que les chiens.

V. — Quand la respiration s'arrête par la faradisation des pneumogastriques et qu'en même temps on balance le lapin, alors, malgré la continuité de la faradisation, les respirations réapparaissent. J'ai obtenu les mêmes résultats par la section des pneumogastriques avec excitation de leur bout central et balancement du lapin.

VI. — J'ai fait construire un appareil qui donne tous les mouvements du bateau pendant la tempête. Les animaux soumis à des expériences sur cet appareil présentent les symptômes déjà mentionnés; de plus, des bâillements, des ravalements, et le plus souvent une salivation abondante. Ces symptômes sont visibles surtout pendant la descente de l'appareil en mouvement imitant l'enfoncement brusque du bateau pendant la tempête.

Pendant les expériences la respiration s'accommode aux mouvements de l'appareil; en augmentant la vitesse des mouvements, les respirations de l'animal augmentent proportionnellement, tandis

qu'en diminuant ces mêmes mouvements on obtient le résultat contraire.

Durant les expériences, les grandes saignées générales empêchent l'apparition des symptômes, et surtout des sécrétions de glandes salivaires. L'anémie prédispose, au contraire, à leur apparition rapide.

Ayant pris simultanément les tracés des artères carotide et fémorale, j'ai constaté que la circulation du sang a été influencée également dans toutes les deux par la respiration et les mouvements de l'appareil.

VII. — En appliquant les résultats de ces expériences sur le vertige marin de l'homme, je pense que cette maladie est le résultat des mouvements spéciaux du bateau et surtout de l'enfoncement brusque du bateau à vapeur dans les flots pendant la tempête. Par suite de ces mouvements le cerveau subit un choc; les organes abdominaux subissent un déplacement plus ou moins étendu, lequel agissant sur le diaphragme influence la respiration et la circulation, d'où les troubles cérébraux. Je dois pourtant noter ici que je n'ai pu prouver expérimentalement la compression du cerveau par l'affluence du liquide céphalo-rachidien, quoique par plusieurs trépanations j'aie essayé de prendre les tracés relatifs.

La prédisposition individuelle joue un grand rôle dans la manifestation de la maladie ou au contraire dans l'état réfractaire de l'individu. Ainsi les neuropathes, les anémiques et les dyspeptiques souffrent plus que les autres personnes.

En considérant ce qui précède je peux définir ainsi la maladie. Le vertige marin se manifeste chez la plupart des personnes voyageant en mer et notamment chez les neuropathes, anémiques et dyspeptiques, toutes les fois que, par des mouvements spéciaux d'un navire pendant la tempête, survient soit un choc avec anémie cérébrale et ébranlement cérébelleux, soit des déplacements, grands et subits des viscères abdominaux et des contractions du diaphgrame avec les résultats de leur action locale ou réflexe ou par inanition, d'où proviennent le vertige et les vomissements, symptômes essentiels de la maladie.

VIII. — Quant au traitement, voici ce qui résulte de mes expériences.

Avant de s'embarquer il faut bien se serrer le ventre avec une longue et large ceinture afin d'empêcher ainsi les déplacements abdominaux pendant la tempête.

Durant le voyage il faut éviter, le plus possible, l'usage de nourriture, de liquides, de liqueurs, etc., à seule fin de diminuer la pres-

sion du sang et les sécrétions. Mais à la rigueur on peut conseiller l'usage de deux ou trois petits verres de cognac par jour.

Si le vertige menace d'apparaître, pour éviter les secousses qui le déterminent, il faut se coucher à la cabine et tâcher de suivre les mouvements du bateau. En même temps prendre de la cocaïne, laquelle, d'après les expériences faites sur moi-même, empêche les vomissements, mais non le vertige.

Le moyen le plus radical pour éviter la maladie serait de demander aux compagnies de navigation de faire faire des lits qui seraient suspendus d'après le système des lampes marines.

J'ai également l'honneur de présenter à l'Académie les conclusions d'un mémoire sur la même question que nous publierons prochainement M. le professeur Dastre et moi.

I. — Les déplacements de l'animal (translation et rotation) exercent une influence considérable sur les viscères abdominaux.

Malgré les liens constitués par les attaches péritonéales, ceux-ci sont mis en mouvement et viennent heurter contre les parois de la cavité, particulièrement contre le diaphragme et la paroi antérieure.

II. — Ces chocs provoquent, soit directement soit indirectement à la suite de l'intervention des nerfs de sensibilité, des réactions appréciables. Ces réactions consistent en des contractions qui s'harmonisent au rhythme même des déplacements et qui tendent à limiter l'excursion des viscères.

III. — Sur le cadavre cette excursion est naturellement plus étendue... Elle a pour conséquence chez le vivant des tiraillements des nerfs mésentériques et des impressions sur les nerfs sensitifs.

Il y a lieu de penser que les corpuscules de Pacini signalés dans le mésentère servent précisément à recueillir ces impressions et à permettre par suite les réactions correspondantes dans la sphère de la motricité.

IV. — Les moyens qu'on peut employer pour limiter ces mouvements, à savoir: compressions du ventre par des bandes ou liens de différentes espèces, restreignent les chocs contre la paroi abdominale, mais laissent en grande partie subsister ceux sur le diaphragme. De là, les modifications inévitables qui se produisent dans le rythme respiratoire.

MEMENTO PRATIQUE

Teinture de Siegesbeckia orientalis dans l'herpès circiné. — Des médicaments employés dans le traitement des teignes, dit le D[r] *J. Hutchinson*, quelques-uns ont la forme de liniments; les autres,

qui ne sont pas agglomérés à des corps gras, sont moins désagréables pour les malades ; mais ils sont douloureux ; la préparation proposée par l'auteur n'a ni l'un ni l'autre de ces inconvénients. Le siegesbeckia orientalis est un arbre dont les parties vertes ont une grande réputation à Maurice. On prépare un sirop en ajoutant du sucre à la plante verte, et en broyant. Ce sirop est considéré comme un altérant puissant ; on le donne dans la syphilis, la goutte, le scorbut, la scrofule. Pour l'usage externe on fait un cataplasme de feuilles broyées, qu'on applique sur les ulcérations gangréneuses et qui produit un effet tout à fait salutaire. L'auteur a employé une teinture préparée en Angleterre ; dans 15 cas d'herpès ciroiné, 4 de sycosis, 2 de teigne tonsurante, 1 de pityriasis versicolore, 8 des cas d'herpès ciroiné siégeaient sur le cou, deux sur les jambes. Le bord rouge, saillant, l'aire pâle centrale et la desquamation furfuracée ne laissaient subsister aucun doute sur la véritable nature de l'éruption ; les 4 malades atteints de sycosis prétendaient qu'il leur avait été communiqué par un rasoir malpropre. Dans tous les cas la maladie siégeait sous le menton et présentait son aspect classique. Les deux taches de la teigne tonsurante montraient la circonférence régulière ordinaire, l'éruption squameuse, la friabilité des cheveux si remarquable à cette période. Le cas de pityriasis versicolore était également typique. Dans tous les cas je prescrivis un mélange par parties égales de siegesbeckia et de glycérine, et je fis faire des frictions sur les plaques matin et soir. Le médicament paraît agir comme stimulant et parasiticide ; la méthode de traitement avait pour résultat de faire diminuer l'étendue des taches qui, à la longue, disparaissaient, il restait de la douleur seulement pendant un jour ou deux. Les deux cas de teigne tonsurante furent plus rebelles ; malgré tout, on put en avoir raison sans recourir à l'épilation. (*The Brit. med. Journal*, 25 juin 1887, et *Paris Médical*).

Traitement des excroissances épidermiques anormales. — Le Dr *Roesen* se félicite du traitement suivant, dans les cas de productions épidermiques anormales, tels que cors, œil de perdrix, verrues, etc.

On humecte la production épidermique avec une solution aseptique (acide boride ou salicylique), puis on la recouvre d'une couche assez épaisse (4 à 5 millimètres) d'acide salicylique pur, cristallisé. On applique par-dessus, en manière de pansement, d'abord un morceau de *lint* boriqué, préalablement humecté et plié en quatre, puis un morceau de gutta-percha, assez grand pour envelopper de tous côtés la partie qui est le siège de la production épidermique anormale. Quand celle-ci n'atteint pas des dimensions très grandes, le pansement est laissé en place pendant cinq jours. En l'enlevant, on trou-

vera la production épidermique un peu ratatinée et complètement détachée de sa base d'implantation primitive. Au-dessous la peau fine ne présente aucune trace de cautérisation, ni d'hémorrhagie. Quand la production épidermique atteint une grande épaisseur, comme il arrive souvent aux pieds, il faut laisser le pansement plus longtemps en place, ou le renouveler au bout de cinq jours. (*Müncher med. Wochenschrift*, 1888, n° 9.)

De l'eau de menthe poivrée contre le prurit vulvaire, par M. A. *Routh*. — Cet observateur recommande ce remède contre le prurit vulvaire causé par les pediculi, les ascarides, les polypes utérins, le cancer du col, les leucorrhées vaginales et la métrite. Quelle qu'en soit la cause diathésique, il prescrit des lotions avec la solution d'une cuillerée à café de borax pulvérisé dans un demi-litre d'eau tiède et additionnée de cinq gouttes d'essence de menthe poivrée. Les lotions sont pratiquées avec une éponge douce.

Dans les cas où il existe un eczéma ou bien des ulcérations, il substitue à l'application de ce liquide des onctions avec une mixture contenant 25 centigrammes d'iodoforme pour 30 grammes d'huile d'olives. Au demeurant, les lotions avec l'eau de menthe poivrée sont efficaces surtout contre le prurit vulvaire de la grossesse. (*Brit. med. Journal*, 14 août 1888, p. 793, et *Gaz. heb. des sc. méd. de Bordeaux*.)

Poudre dentifrice antiseptique. — Dans son livre sur l'antisepsie médicale, M. le Dr *Le Gendre* indique la formule suivante pour une poudre dentifrice antiseptique.

Acide borique finement pulvérisé.	2 gr. 50 centigrammes.
Chlorate de potasse............	2 grammes.
Poudre de gaïac...............	1 gr. 50 centigrammes.
Craie préparée.................	4 grammes.
Carbonate de magnésie pulvérisé.	4 grammes.
Essence de rose ou de menthe...	1 goutte.

Traitement de la typhlite. — Nous trouvons dans le même ouvrage, le traitement préconisé par *M. Bouchard* dans les cas de typhlite :

1° Calmer la douleur soit par une injection de morphine, soit par l'application d'une couche épaisse d'onguent napolitain belladoné, recouverte d'un grand cataplasme très chaud.

2° Déterger et rendre aseptique le gros intestin par de grandes irrigations intestinales faites deux fois par jour avec un litre au moins d'eau à 38° à laquelle on ajoutera :

Borate de soude...................... 5 grammes,

Et deux ou trois cuillerées à café du mélange suivant :

Teinture de benjoin........... }
Alcool camphré .... } aa

Les irrigations doivent être faites avec beaucoup de lenteur.

3° Le repos doit être absolu.

4° On usera peu des purgatifs et seulement des plus doux (magnésie dans de l'eau sucrée par exemple).

5° Comme régime alimentaire, le lait d'abord coupé d'eau alcaline et en petites quantités à la fois, plus tard additionné de jaune d'œuf ; en somme, une alimentation laissant peu de résidus et donnant peu de prise aux fermentations intestinales qu'on peut d'ailleurs réduire au minimum en instituant simultanément l'antisepsie du tube digestif par la voie gastrique.

LE « CINERARIA MARITIMA » DANS LE TRAITEMENT DE LA CATARACTE. — Nous reproduisons comme pure curiosité l'article suivant qui a paru dans l'*Union pharmaceutique* sous la signature de notre ami et ancien collaborateur E. Ferrand.

M. W. T. Thiselton Dyer, directeur des jardins royaux de Kew, communique au *Pharm. Journal* une lettre d'un médecin de la Trinité dont nous extrayons le sens général.

Atteint de cataracte molle des deux yeux, le Dr Mercer se fit opérer de l'œil gauche qui était alors le meilleur pendant un voyage qu'il fit à Londres. L'opération n'eut pas de résultat avantageux et il retourna dans la colonie, n'y voyant pas plus qu'avant. Ceci se passait en 1882. Or, au commencement de février dernier, le docteur faisant visite à des amis qui avaient habité le Vénézuéla pendant quelques années, fut pressé par eux d'essayer l'effet curatif d'une plante, le cineraria maritima, dont les effets, prétendaient-ils, étaient souverains contre la cataracte.

Devenu absolument aveugle et n'ayant rien à perdre, le Dr Mercer fort incrédule d'ailleurs, se résolut à faire l'essai du suc de la plante qu'on lui procura et commença le traitement le 7 février en introduisant 2 gouttes de ce suc dans chaque œil trois fois par jour. Et, *mirabile dictu* ! (c'est lui qui parle) dès le 4e jour, 11 février, une faible lueur était perceptible par l'œil droit. Le traitement fut continué avec persévérance, l'espoir étant venu avec ce premier résultat et, au commencement d'avril, il discernait la forme des objets, même le visage des personnes avec un jour favorable, et pouvait même lire l'heure d'une montre à cadran blanc avec l'œil droit.

L'œil gauche précédemment opéré a fait des progrès analogues.

L'introduction du suc dans l'œil ne produit aucune irritation ou inflammation, mais seulement une légère cuisson qui dure environ deux minutes, accompagnée d'un abondant larmoiement.

Le directeur des jardins de Kew, en communiquant cette lettre au *Pharm. Journal*, ajoute que des faits analogues sont peut-être connus, mais qu'il ne se rappelle pas les avoir vus publiés. Il pense en conséquence que sa communication a quelque intérêt, l'auteur de la lettre paraissant être tout à fait de bonne foi.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 septembre 1888. — *Présidence de* M. Hérard.

La correspondance comprend : 1° un mémoire manuscrit de M. Blaise, médecin-major de 1re classe au 26e régiment d'artillerie, sur la vaccination animale pratiquée au Mans ; 2° un rapport manuscrit sur les vaccinations et revaccinations pratiquées dans le 7e corps d'armée par M. Weber, directeur du service de santé de ce corps d'armée.

M. *Gariel* présente de la part de M. Leduc, professeur à l'école de médecine de Nantes, un travail intitulé : Nouveau procédé d'électrisation générale dit de la douche électrique.

M. *Verneuil* présente, de la part du Dr Suarez de Mendoza (d'Angers), une observation de corps étranger de l'œsophage arrêté à 23 centimètres des arcades dentaires, et enlevé au cinquième jour à l'aide de la sonde œsophagienne de M. Verneuil.

Étude expérimentale sur le vertige marin. — M. *Pampoukis* (V. ci-dessus, p. 1234).

Prix de l'Académie. — M. *Léon Colin* lit le rapport sur les mémoires adressés pour le concours du prix de l'Académie. Les conclusions de ce rapport seront lues en comité secret.

De la filariose. — M. *Lancereaux* termine la lecture de son mémoire commencée dans l'avant-dernière séance.

Le mot de filariose sert à dénommer l'ensemble des désordres pathologiques résultant de l'infection de l'organisme par la filaria sanguinis hominis. M. Lancereaux rapporte l'observation d'un jeune homme de 23 ans, né à l'île de la Réunion, atteint de varices lymphatiques et chez lequel l'examen du sang permit de constater une dizaine de filaires s'agitant au milieu des globules.

Une seconde observation est celle d'un jeune homme de 20 ans, né à Haïti, dont les urines ressemblaient à du lait. Parfois, la miction s'interrompait brusquement, et le malade expulsait des flocons de formes et de dimensions variables se présentant en général sous la forme de véritables morceaux de nerfs parcourus par des filets de sang. C'étaient des caillots de fibrine englobant une quantité consi-

dérable de globules rouges et de leucocytes. Les urines du matin étaient toujours blanches, tantôt plus, tantôt moins.

Le sang fut examiné une première fois, mais aucune des préparations ne contenait de filaires; une deuxième piqûre donna au contraire neuf filaires caractéristiques.

M. Lancereaux étudie les lésions anatomiques de la filariose sur les ganglions et vaisseaux lymphatiques, sur les cavités séreuses, sur le sang. Il décrit les symptômes causés par les nombreux désordres anatomiques qui, parfois, ne se manifestent par aucun malaise appréciable.

Cette maladie est de longue durée, mais la guérison est presque la règle, elle survient la plupart du temps d'une façon spontanée.

Le diagnostic repose sur trois symptômes : la tuméfaction molle des ganglions inguinaux, l'hémato-chylurie et la présence de la filaire dans le liquide sanguin.

Demarquay le premier a signalé la filaire dans une tumeur des bourses. Depuis les cas se sont multipliés.

La prophylaxie découle des connaissances fournies par l'étiologie.

Comme thérapeutique, aucun des agents employés n'a eu d'efficacité appréciable. Le malade de M. Lancereaux a guéri sous l'influence de l'hydrothérapie et de frictions mercurielles pratiquées dans les aines au niveau des ganglions tuméfiés.

RAPPORT SUR UN ÉCHANTILLON DE L'EAU DU PUITS DE L'ÉCOLE NORMALE DES FILLES DE SAINT-BRIEUC. — M. *Marty* fait un rapport sur cet échantillon adressé par le ministre du commerce. La conclusion est que cette eau est mauvaise à cause de la proportion de matières organiques qu'elle contient et qu'elle est absolument impropre à l'alimentation.

A 4 heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des conclusions du rapport de M. Collin sur le prix de l'Académie.

BIBLIOGRAPHIE

MALADIES DU LARYNX. LARYNGOSCOPIE ET TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE LOCALE, par le Dr *J. Gottstein*. Traduit et annoté par le Dr *L. Rougier*. Asselin et Houzeau, édit. Paris 1888.

Ce livre publié il y a cinq ans à Breslau a été en peu de temps dans toutes les mains. Le succès ne fut pas seulement local, si je puis ainsi parler, mais des traductions en furent faites en anglais par le Dr Bride d'Edimbourg et en russe par le Dr Sevebrennitow. Ce succès mérité invita le Dr Rougier à en faire profiter le public médi-

cal français. Nul n'était mieux placé pour traduire en toute sûreté un ouvrage de spécialiste. M. Rougier, médecin de la clinique des maladies du larynx du Dispensaire général, est lui-même un laryngologiste distingué et dans les annotations nombreuses qu'il a ajoutées au livre de Gottstein, on peut voir quelle large part reviendra au traducteur dans le succès qu'obtiendra le livre.

C'est qu'en effet depuis cinq ans, bien des progrès ont été faits, tant dans l'étude médicale que dans l'étude chirurgicale des maladies du larynx, bien des modifications ont été apportées dans la façon d'envisager la pathologie laryngée. Enfin beaucoup de notions nouvelles ont été mises au jour qui, en 1883, étaient encore lettre morte.

C'est ainsi que l'auteur a ajouté dans le long chapitre consacré à l'anatomie normale du larynx, les recherches de Poirier sur les lymphatiques du larynx.

Dans le *diagnostic général*, il a étudié l'emploi de la cocaïne, son utilité comme anesthésique de la muqueuse du larynx et par suite les services qu'elle rend dans l'examen des malades, dans l'extirpation des néoplasmes, dans l'extraction des corps étrangers du larynx, dans le traitement de l'hyperesthésie laryngienne, dans le traitement de la dysphagie des tuberculeux laryngés et dans l'application des différents procédés d'alimentation dans la tuberculose, etc.

Dans la *thérapeutique* nous devons signaler encore l'examen de quelques instruments ou appareils spéciaux, pinceaux laryngiens, laryngo-fantômes, appareils français de galvanocaustie, dilatateurs, etc.

Dans la *partie spéciale relative aux maladies essentielles du larynx*, les nouvelles recherches sur la laryngite hémorrhagique sont du Dr Rougier, de même celles sur la nature parasitaire de la diphthérie, sur les traitements antiseptiques de la diphthérie, sur l'emploi des scarifications galvaniques dans l'œdème du larynx, sur les fractures du larynx, sur les kystes laryngiens, sur les enchondromes et les exostoses du larynx, etc.; les différentes méthodes opératoires des papillômes, les indications de l'extirpation partielle ou totale du larynx, le traitement de l'hyperesthésie du larynx par l'antipyrine, l'aconitine, la cocaïne, etc., les paresthésies et l'hypochondrie d'origine laryngienne, le massage du larynx dans les paralysies des cordes, etc.

Enfin dans la *partie spéciale aux maladies secondaires du larynx*, différents travaux ont été ajoutés sur la tuberculose primitive du larynx, sur sa nature, sur les lésions bacillaires, sur les tubercules miliaires, sur le pronostic de la tuberculose laryngienne, sur les nouvelles méthodes de traitement local (acide lactique, etc.) et du traitement général de la tuberculose (injections rectales gazeuses, eucalyptol, etc.) : sur la syphilis laryngée, sa coexistence avec la

tuberculose laryngée, la transformation des ulcères laryngiens syphilitiques, les tuberculeux, sur les différentes formes de diphthérie qu'on trouve dans la rougeole, la scarlatine, sur l'érysipèle primitif du larynx, sur les symptômes laryngiens de la coqueluche, etc.

On voit d'après cette énumération des travaux de M. Rougier quels sont les chapitres qui divisent le livre de Gottstein.

La première partie appelée partie générale comprend : l'anatomie, la physiologie, le diagnostic général où sont étudiées la laryngoscopie et les autres méthodes d'examen, enfin la symptomatologie et la thérapeutique générale. Cette première partie est très importante et forme une étude d'ensemble dont l'utilité sera reconnue par tous ceux qui voudront étudier ce livre.

La deuxième partie ou partie spéciale comprend : les maladies propres au larynx, de la membrane muqueuse, du périchondre et du cartilage, puis les traumatismes, les néoplasmes et les névroses.

Le deuxième chapitre de cette deuxième partie est attribué à l'étude des maladies secondaires du larynx. Cette division nous a paru schématique beaucoup plus que réelle. C'est ainsi que le croup, l'œdème du larynx sont classés dans la première partie alors que la laryngite des tuberculeux est étudiée dans la seconde, alors que sa seule distinction des autres laryngites consiste à se présenter chez un tuberculeux.

En effet Gottstein dans le chapitre intitulé : lésions du larynx dans la tuberculose, fait rentrer l'étude non seulement de la tuberculose laryngée, sous toutes ses formes, mais encore « des affections essentielles, indépendantes, qui peuvent même mener à d'autres maladies ». Cette manière de voir est évidemment clinique mais peut amener de grosses confusions au point de vue dogmatique.

Après une étude très complète, trop complète d'après ce que nous venons de dire, des affections du larynx dans la tuberculose, l'auteur étudie les lésions du larynx dans la syphilis, la rougeole, la scarlatine, la variole, les affections typhoïdes, l'érysipèle et la coqueluche.

« Bien que, dit Gottstein, j'aie eu tout spécialement en vue dans ce travail le médecin praticien et l'étudiant, je crois cependant que même l'expérience de mes collègues spéciaux pourra trouver dans cet ouvrage plus d'une observation qui l'intéressera ». Nous ne pouvons qu'ajouter que le succès précédent de l'ouvrage a dû déjà prouver à l'auteur qu'il avait atteint son but.

Dr F. VERCHÈRE.

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — *Internat en pharmacie.* — Les examens concours entre les internes en pharmacie des hôpitaux de Paris viennent d'être terminés. Le jury a décerné les récompenses suivantes :

Médaille d'or : M. Guerbet, interne à l'hôpital des Enfants-Malades.

Médailles d'argent : M. Viel, de l'hôpital de la Charité ; M. Boutron, interne à l'hôpital La Rochefoucauld ; M. Glaise, interne à l'Hôtel-Dieu.

Des médailles de bronze, récompenses des années de services rendus dans les hôpitaux, ont été décernées aux internes dont les noms suivent : M. Guerbet, à l'hôpital des Enfants-Malades ; M. Maudin, interne à l'hôpital Andral ; M. Chouy, interne à la Maternité ; M. Dufour, interne à la Maternité ; M. Rochard, interne à l'hôpital Lariboisière ; M. Cavaillès, interne à l'hôpital Saint-Louis ; M. Macquaire, interne à l'hôpital des Incurables.

INSPECTION DES GARNIS. — M. le Dr Roussy (Baptiste), inspecteur suppléant du service sanitaire des garnis, est nommé inspecteur.

LA PHARMACIE EN RUSSIE. — On vient de mettre en vigueur en Russie un ukase impérial, qui autorise les femmes russes à pratiquer la pharmacie, à condition de se soumettre aux mêmes examens et formalités que les hommes. Il s'y trouve un paragraphe qui nous paraît bien enfantin au sujet de la défense faite aux pharmaciens de prendre une femme comme élève dans le cas où ils auraient déjà chez eux un jeune homme dans les mêmes conditions. A ce propos, un rédacteur du « Pharmaceutische Zeitung » de Berlin, relève plaisamment que l'ukase ne dit pas « s'il est défendu à un pharmacien *célibataire* de prendre chez lui une jeune fille comme élève. » (*Arch. de méd. et de chir. prat.*).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Dr MAURIN, l'auteur apprécié du *Formulaire pour les maladies des Enfants* et du *Dictionnaire du Foyer d'Infirmerie*, vient de publier un nouveau livre qui sera non moins utile, aussi bien aux médecins qu'aux pharmaciens, aux herboristes, et à tous ceux qui s'occupent des malades.

C'est le *Formulaire de l'herboristerie*, dans lequel il rend aux *simples* la place qui leur est due dans la thérapeutique.

Laissant de côté la botanique pure, M. Maurin détermine : 1° *les principes actifs* ; 2° *les préparations pharmaceutiques* ; 3° *les formules magistrales les plus avantageuses* ; 4° *les effets physiologiques et thérapeutiques* de chaque plante. Cette étude est précédée de notes sur la récolte et la conservation des végétaux et de leurs produits, et enfin l'ouvrage se termine par une table analytique et un memorandum clinique qui est un véritable répertoire thérapeutique. (1 vol. in-18, 4 fr. Félix Alcan, éditeur.)

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et ru Corneille, 3.

1170.6

...NTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 105. SAMEDI 8 SEPTEMBRE 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
...ECROSNIER et BABÉ
Place
...l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

...dresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

…nte-cinquième année. — Tome II. N° 105. Samedi 8 Septembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
…crosnier et Babé
Place
…e l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France. . . . . 15 fr.
Union postale. . . 18 fr.
Pays d'outre-mer 20 fr.

…resser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
…s ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome II. N° 105 Samedi 8 Septembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. LE Dr BERGER.

Épingle implantée dans le vestibule du larynx ; extraction par les voies naturelles.

Il m'est arrivé plus d'une fois d'extraire, par les voies naturelles, des corps étrangers tombés dans la partie inférieure du pharynx, en touchant l'entrée du larynx, en me guidant uniquement sur l'exploration digitale pour reconnaître la situation de ces corps et pour les saisir. Je n'en avais jamais retiré qui fussent aussi solidement et aussi profondément fixés que l'épingle dont j'eus l'occasion de pratiquer l'extraction cette année.

Si j'insiste sur ce moyen élémentaire et bien connu d'exploration et d'extraction, c'est qu'il est à la portée des médecins auxquels l'emploi du laryngoscope n'est pas familier et que, pratiqué avec patience, attention et douceur, il peut leur rendre d'utiles services dans des cas pressants, ainsi que l'observation suivante en est la preuve :

Le 28 avril 1888, à 9 heures du matin, se présentait, à la salle Denonvilliers, une jeune fille de 18 ans environ ; elle racontait à peu près en ces termes l'accident qui lui était arrivé :

La veille, à 7 heures du soir, elle avait à la bouche une petite épingle d'acier à tête de verre dont elle tenait la tête entre ses lèvres, quand elle partit d'un éclat de rire ; elle fut prise aussitôt d'un accès de suffocation, en même temps qu'elle ressentait une vive piqûre qu'elle rapportait à la partie droite du cou, à peu près au niveau de la grande corne de l'os hyoïde. L'épingle avait disparu, entraînée par le courant d'air inspiré, au moment où la jeune malade desserrait les lèvres pour rire. La gêne de la respiration continua toute la soirée avec beaucoup d'anxiété, et une sensation vive de piqûre perçue toujours au même endroit, mais plus vive dans les mouvements de déglutition, dans les accès de toux ou lorsque la malade essayait de parler.

(1) Observation communiquée à la Société médicale du VIe arrondissement.

Conduite le soir même à l'hôpital Lariboisière, elle fut soumise à un examen laryngoscopique qui ne permit pas de préciser la situation du corps étranger; toute la nuit se passa sans alarmes sérieuses, mais sans que la malade pût dormir ni même reposer la tête sur l'oreiller. Elle revint le lendemain matin me consulter dans la salle.

Il n'y avait à ce moment aucune gêne apparente de la respiration; la voix était conservée mais un peu enrouée et faible ; la malade accusait toujours la même sensation de piqûre à la région latérale droite du cou, au niveau de la grande corne de l'os hyoïde.

Le doigt, introduit dans l'arrière-bouche, ne découvrit rien au niveau de la base de la langue, non plus que sur l'amygdale et les piliers du voile du palais; rien davantage sur la paroi latérale droite et postérieure du pharynx, aussi loin qu'on pouvait le parcourir; mais, en suivant avec le doigt la partie latérale de la langue jusqu'à la base de cet organe, je pus nettement reconnaître la pointe du corps étranger qui faisait saillie dans la fossette profonde située entre le repli glosso-épiglottique médian et le repli glosso-épiglottique latéral droit.

Ayant badigeonné l'isthme du gosier avec une solution de cocaïne, je pus déterminer avec plus de précision la situation de l'épingle : sa pointe, dirigée en dehors, faisait une saillie de deux ou trois millimètres tout au plus dans la fossette intermédiaire à l'épiglotte et à la moitié droite de la base de la langue; plus près de la ligne médiane, on sentait le corps de l'épingle, transversalement dirigé sous la muqueuse; elle disparaissait et ne pouvait plus être sentie bien avant la ligne médiane. La fossette gauche était libre et nulle part on ne pouvait trouver la tête de l'épingle. Du reste, le corps étranger se déplaçait dans tous les mouvements du larynx pour reprendre, quand celui-ci se remettait en repos, une position toujours la même. C'est dire que malgré sa fixation l'épingle présentait une mobilité qui la faisait échapper à chaque instant au doigt qui la cherchait. Ces constatations me permirent ainsi de reconnaître que l'épingle s'était introduite dans le vestibule du larynx, qu'elle s'y était placée transversalement au-dessous de l'épiglotte et que sa pointe, traversant le repli aryténo-épiglottique et les parties molles situées sur la partie latérale droite de l'épiglotte, était venue faire saillie au travers de la muqueuse de la base de la langue dans la dépression qui sépare le repli glosso-épiglottique médian du repli glosso-épiglottique du côté droit.

Le premier moyen d'extraire le corps étranger qui se présenta à mon esprit fut le suivant : saisir avec des pinces la pointe de l'épingle, l'attirer le plus possible et la fixer solidement, puis, si la tête ne pouvait traverser les parties molles où elle était retenue, aller la

chercher, la saisir à son tour et l'extraire. Guidant une pince sur mon indicateur, je me mis donc en devoir d'attrapper (c'est bien le mot) la pointe de l'épingle qui m'échappait à chaque contraction du pharynx. Après des essais très multipliés pendant lesquels je parvins une ou deux fois à la prendre, mais où je dus la lâcher, car j'avais pincé avec elle la muqueuse, je n'arrivai qu'à refouler cette pointe dans les parties molles, de telle sorte que je ne sentis bientôt plus que le relief transversal que l'épingle faisait au travers de la muqueuse. Ma seule ressource était donc d'aller chercher directement l'épingle dans le vestibule du larynx, et c'est par là que j'aurais dû commencer.

Après avoir cocaïnisé à nouveau l'isthme du gosier, la base de la langue et jusqu'à l'entrée des voies aériennes, je poussai mon doigt jusqu'à l'épiglotte que je parvins à faire basculer en avant. Déprimant alors fortement la commissure buccale de manière à pouvoir introduire le doigt plus profondément encore, je glissai la pulpe de l'index gauche sur la face postérieure de l'épiglotte, et je l'introduisis par l'orifice supérieur du vestibule du larynx. Je pus aussitôt sentir l'épingle qui était transversalement placée au-dessous de l'épiglotte. J'aurais pu l'accrocher avec le doigt, l'attirer, la dégager et l'extraire, mais je craignais qu'elle ne m'échappât et qu'elle ne tombât, soit dans le larynx soit dans le pharynx : je préférai l'extraire avec des pinces.

Appliquant donc directement le doigt sur l'épingle de manière à la fixer subitement entre l'épiglotte et à attirer le plus possible le cartilage en haut, je conduisis le long de mon doigt une longue pince courbe légèrement entr'ouverte ; quand je fus au contact du corps étranger, je glissai sans trop de difficulté l'un des mors entre lui et l'épiglotte et fermant la pince je pus aussitôt constater que l'épingle était bien prise ; l'instant d'après elle était extraite sans résistance par la bouche. C'était une épingle en acier de 3 centimètres de long, très pointue, à tête de verre, mesurant 2 millimètres de diamètre. Elle était rouillée dans l'étendue d'un centimètre à partir de la pointe, indiquant ainsi la profondeur à laquelle elle avait pénétré.

La malade fut retenue dans le service et mise en observation : le lendemain et le surlendemain se développa une inflammation laryngée (ou plutôt sus-laryngée) assez vive avec douleur et gêne de la respiration. Celle-ci qui survenait par accès nocturnes était assez marquée pour que je fusse obligé de donner des ordres afin que tout fut disposé pour pratiquer la trachéotomie immédiate si la suffocation paraissait imminente.

Cet état, qui n'alla pas jusqu'à inspirer des craintes bien sérieuses,

dura une huitaine de jours au bout desquels la jeune malade put quitter l'hôpital.

Elle y rentra au bout de neuf jours, souffrant davantage, se plaignant d'étouffements nocturnes, présentant un certain degré de cornage sans altération notable de la voix ; il existait une sensibilité très vive sur le trajet du nerf récurrent droit. M. Gouguenheim voulut bien pratiquer lui-même l'examen laryngoscopique, mais ce dernier n'ayant démontré aucune altération du larynx ni de son vestibule, nous dûmes considérer la dyspnée en question comme une dyspnée nerveuse tenant principalement à la prédisposition qui créait un état d'hystérie prononcée. La jeune malade, qui présentait en outre une métrite du col, resta quelque temps dans le service, et les troubles respiratoires dont elle se plaignait disparurent dès qu'elle n'y fit plus d'attention.

Les accidents assez inquiétants que cette malade a présentés après l'extraction du corps étranger peuvent être rapportés à deux ordres de causes.

Dans une première période qui dura huit jours environ à partir de l'accident, il y eut un peu de réaction inflammatoire avec gonflement sus-laryngé; la voix était éteinte, la gêne respiratoire, quoique peu considérable, était continue, la déglutition pénible : au toucher on pouvait constater une tuméfaction œdémateuse légère de l'épiglotte. Ces phénomènes étaient la conséquence de la piqûre produite par l'épingle et de l'inflammation, à la vérité peu intense, qui s'était développée autour de cette petite lésion traumatique.

Malgré leur peu de gravité apparente je ne négligeai aucune précaution, aucune recommandation, pour que la malade eût à sa portée des secours immédiats au cas où les accidents eussent pris une plus grande intensité. Des exemples malheureusement trop fréquents nous montrent que lorsqu'à la suite d'une lésion souvent presqu'insignifiante, une inflammation suppurative se déclare dans les parois du larynx ou dans les parties molles qui l'entourent, celle-ci peut déterminer une mort très rapide, alors que quelques heures auparavant il ne paraissait pas y avoir de menace sérieuse. Tout doit donc être préparé à l'avance pour qu'à la première alerte on puisse pratiquer d'urgence la trachéotomie.

Les craintes que l'on pouvait avoir ne se réalisèrent pas, fort heureusement pour notre jeune malade, et, peu de jours après, la réaction inflammatoire due à la piqûre s'étant atténuée, elle demandait sa sortie de l'hôpital. Ce fut alors que commencèrent à se produire de nouveaux troubles qui l'inquiétèrent assez pour la déterminer à revenir demander des soins.

C'était encore une gêne de la respiration, mais celle-ci au lieu

d'être continue revenait par accès, principalement la nuit, où la malade était obligée de rester assise dans son lit, présentant un cornage ou un sifflement laryngé qui effrayait les gens de service, réveillée par une sensation pénible de suffocation imminente, dès qu'elle se laissait aller au sommeil. Le jour, au contraire, ces phénomènes disparaissaient d'une manière presque complète, la respiration était libre et la voix presque normale.

L'examen laryngé qui fut pratiqué confirma l'idée que faisait naître cette alternance régulière entre les exacerbations nocturnes et les rémissions qu'on observait le jour dans l'état de la malade, en démontrant l'absence de lésions inflammatoires et l'intégrité absolue de l'organe. Il s'agissait de troubles nerveux, d'accès de spasme laryngé peu intenses, mais assez prolongés, provoqués par un peu d'irritation persistant au niveau de la piqûre produite par l'épingle, et entretenus par la disposition générale à laquelle était soumise cette jeune personne. C'est ce que me parut prouver la sensibilité très manifeste que déterminait la pression exercée sur tout le trajet du nerf récurrent droit jusqu'à la clavicule. Il existait du reste des troubles hystériques variés, sensibilité ovarique, sensation de boule à la région sternale et à la base du cou, et des crises véritables qui se montrèrent à plus d'une reprise pendant le deuxième séjour de la malade à l'hôpital. Comme je l'ai dit, les troubles respiratoires disparurent, en même temps que l'état général s'améliorait sous l'influence du bromure de potassium, des toniques et de l'hydrothérapie.

Je n'ajouterai presque rien aux détails donnés dans l'observation sur le mode d'exploration auquel j'ai eu recours. Pour introduire profondément le doigt dans le pharynx et surtout dans le vestibule du larynx, il faut, après avoir fait sur tout l'isthme du gosier des badigeonnages répétés avec une solution de cocaïne, introduire l'index de la main gauche par le côté droit de la bouche du malade, de manière que le doigt glisse sur le sillon qui sépare la base de la langue de l'amygdale et des piliers du voile du palais, et que la commissure labiale directe soit fortement déprimée par l'espace interdigital de l'index et du médius. Evitant de toucher la base de la langue et la luette, la pulpe de l'index, introduite de la sorte dans le pharynx, sent et reconnaît parfaitement la grande corne de l'os hyoïde, et, se rapprochant de la ligne médiane, atteint le bord de l'épiglotte qu'il est facile de faire basculer en avant. Il est alors très facile d'introduire l'extrémité du doigt dans le vestibule du larynx.

Ce mode d'exploration n'est pas seulement applicable à la recherche et à l'extraction des corps étrangers, mais à l'examen des

produits pathologiques qui peuvent exister en cette région, notamment des épithéliomas dont on peut de la sorte très bien apprécier l'étendue et les connexions.

MEMENTO PRATIQUE

De l'emploi de l'arsenic a l'intérieur contre les verrues et les poireaux (*Bristol Med. Chirurg. Journal*, décembre 1887). — Le Dr Pullin (de Sidmouth) déclare avoir une confiance absolue dans le succès qu'on peut attendre du traitement des verrues par l'administration à l'intérieur de l'arsenic.

A l'appui de son dire, il rapporte les faits de guérison suivants :

1° Une jeune fille de dix-sept ans voit se développer rapidement et presque soudainement sur ses deux mains une colonie innombrable de verrues, dont les plus grosses atteignent leur complet développement en moins de dix jours, tandis que les plus petites semblent pulluler à un tel point que la surface entière des mains en est couverte ; les plus petites très nombreuses sont à peine perceptibles à la vue, mais parfaitement reconnaissables au toucher. Quelques-unes des plus grosses verrues sont brûlées avec l'acide nitrique, et la malade est mise à l'usage de la liqueur arsenicale de Fowler, à la dose de 6 gouttes par jour.

Au bout de huit jours il ne restait plus un vestige de cette singulière *éruption*.

2° Un garçon de huit ans présentait sur la face dorsale des mains plusieurs verrues volumineuses, sujettes à de fréquentes hémorrhagies. On n'y fit aucune application externe, mais le sujet prit 4 gouttes de liqueur de Fowler par jour. A la fin de la semaine toutes ces verrues présentaient une couleur grisâtre plombée et, au bout d'une quinzaine, toutes avaient disparu sauf une que l'on enleva facilement en grattant avec l'ongle.

3° Chez un autre enfant de quatre ans atteint de verrues confluentes sur les deux mains, une dose d'une goutte par jour de liqueur arsenicale pendant dix jours suffit à le débarrasser de la plupart d'entre elles. Celles qui restèrent purent être détachées avec facilité sans la moindre douleur. Ici, comme dans bien des cas analogues, la guérison fut rapide et complète. Ce traitement présente en outre l'avantage d'être parfaitement indolore, point d'une certaine importance lorsqu'il s'agit de jeunes enfants. (*Mon. thér.*).

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies des fosses nasales, des sinus et du pharynx nasal, par le Dr W. *Moldenhauer*, traduit par le Dr *Potiquet*. (Asselin et Houzeau, édit. Paris, 1888.)

« Parmi les traités récemment parus en Allemagne sur la pathologie des fosses nasales et du pharynx supérieur, l'ouvrage du Dr Moldenhauer, par la large place que la description des signes objectifs fournis par la rhinoscopie y occupe, est celui qui a paru le mieux répondre chez nous à un besoin et réagir contre une tendance. Voir de très haut la pathologie de cette région, sans s'astreindre aux petites manœuvres qui permettent à l'œil de fouiller tous les recoins, c'est s'exposer à la voir très mal. » Ainsi s'exprime le Dr Potiquet qui a choisi l'ouvrage de Moldenhauer pour le traduire et la rhinoscopie pour spécialité. Il est certain que pendant longtemps nous aurions laissé à l'Allemagne le soin d'étudier la rhinoscopie, mais il ne s'ensuit pas qu'actuellement on puisse encore dire qu'il faut souhaiter que l'étude des maladies des fosses nasales et de leur arrière-cavité « se relève dans notre pays et que leur connaissance s'y généralise. » Nombreux sont nos confrères français qui se sont occupés de la question et les noms que je pourrais citer arrivent en foule sous ma plume.

Quoique puisse penser l'auteur « de l'enseignement officiel » qui, suivant lui, « répugne à pousser la spécialisation aussi loin qu'on le fait à l'étranger », il n'en est pas moins vrai que beaucoup de nos médecins ou chirurgiens qui se sont adonnés à l'étude de la pathologie nasale sont tout autant que qui que ce soit, capables « de manier le réflecteur, le spéculum, le stylet et le miroir pharyngien. »

Le livre de Moldenhauer comprend 3 parties : La première consacrée à l'anatomie et à la physiologie ; la deuxième à des généralités sur la symptomatologie, le diagnostic et la thérapeutique générale. Enfin la troisième ou partie spéciale comprend toute la pathologie des fosses nasales et du pharynx nasal.

Ce livre étudié dans ses détails sera d'une utilité certaine entre les mains des étudiants qui voudront bien appliquer les notions qu'il développe à l'hôpital où ils auront toutes les occasions désirables pour y mettre en pratique les conseils judicieux qu'ils y auront trouvés. En quelque temps ils deviendront rhinologistes, ce qui, en somme, n'est pas aussi difficile que d'apprendre toute la pathologie interne et toute la pathologie externe sans compter les sciences accessoires qu'on leur demande à leurs examens.

Dr F. Verchère.

Des déformations de la cloison du nez et de leurs traite-

MENTS CHIRURGICAUX par le Dr *L. Rosenthal*. Lecrosnier et Babé édit. Paris 1888.

Cette étude consciencieuse et complète montre combien étaient peu connus avant ce travail les accidents qui peuvent résulter de la déformation de la cloison, combien sont nombreux les cas où le chirurgien peut efficacement intervenir, enfin quelles sont les indications et contre-indications opératoires.

Ce traitement des déformations de la cloison est d'une importance capitale non seulement pour les voies aériennes, mais aussi pour les parties voisines, pour le crâne entier, pour le palatin, pour les dents et même le thorax.

Les déformations de la cloison peuvent porter sur son 1/4 postérieur, sur la lame quadrangulaire, enfin on rencontre fréquemment des éperons ou saillies osseuses qui siègent plus souvent à gauche qu'à droite.

Les plus fréquentes anomalies accompagnant une déformation sont d'après leur ordre : une croissance exagérée du palatin, une disposition irrégulière des dents et une hyperthrophie du cornet moyen du côté de la saillie.

Les causes les plus communes des déformations de la cloison (déviations et épaississements) sont les traumatismes et les tumeurs adénoïdes ; mais il est de nombreuses autres causes (syphilis, scrofule, hérédité, etc.)

L'intervention chirurgicale ne sera indiquée que lorsque l'on aura pu entraver le développement très lent de la déformation et que surviendront des troubles physiologiques. L'intervention que préfère le Dr Rosenthal est l'opération à la scie de Bosmorth pour les saillies et éperons osseux. Elle est simple, peu douloureuse et ne donne lieu qu'à une hémorrhagie minime. La galvano-puncture peut être mise sur la même ligne,

Pour les déviations simples peu prononcées de la partie antérieure de la cloison, la méthode de Juvasz, quoique douloureuse et longue, donne néanmoins de bons résultats ; la résection d'une partie de la cloison avec conservation de la muqueuse intacte du côté opposé, dans les courbures simples et très prononcées, causées par l'excès de volume de la cloison, sans épaississement,

Dans les circonstances particulières, où aucune des méthodes susindiquées ne peut être appliquée, on aura recours avec succès au ciseau employé par la méthode de Duplay, Berger, Heymann, etc., à la pince de Woltering ou autres instruments spéciaux.

Les conclusions résumées que nous avons empruntées presque textuellement à l'auteur montrent combien ont été étudiées avec soin toutes les faces de la question et nous ne saurions mieux faire

que de renvoyer le lecteur, désireux de s'instruire, à la monographie du Dr Rosenthal, pour y trouver science et profit.

Dr F. VERCHÈRE

VARIÉTÉS

Questions professionnelles.

(HERTFORD BRITISH HOSPITAL).

Beaucoup de confrères parisiens ignorent l'existence d'un hôpital situé à Levallois-Perret, construit et entretenu aux frais du philanthrope international, Sir Richard Wallace. Cet hôpital est une véritable merveille et réunit tous les perfectionnements, tant au point de vue sanitaire qu'à celui du luxe et du confort des malades; on croirait en y entrant pénétrer bien plutôt dans un hôtel de la plaine Monceau que dans un hôpital.

Mais notre intention n'est pas aujourd'hui de décrire cet établissement; nous voulons simplement entretenir nos lecteurs d'un incident qui s'y est passé et sur lequel certains journaux anglais, et notamment le *New-York Herald,* ont cru devoir insister plus que de raison.

Le corps médical de cet établissement comprend deux chefs de service choisis parmi les plus honorables praticiens anglais de la capitale, pourvus d'un diplôme français et d'un interne (*house surgeon*) non pourvu de diplôme français.

Nous n'avons pas été peu surpris de trouver dans le *New-York Herald* une note émanant de l'un des derniers internes, M. Prendergast, et relatant les divergences diagnostiques et thérapeutiques entre celui-ci et son chef de service le Dr Alan Herbert.

Il était dit *simplement* qu'un individu atteint de pleurésie était mort par le fait de la négligence du Dr Herbert. Qu'une jeune fille était morte de péritonite pour la même raison. Qu'un blessé avait vu sa plaie devenir septique, également par la faute du Dr Herbert. Qu'une pleurésie avait été prise pour un emphysème, etc., etc.

Toujours d'après l'interne du service, les malades atteints d'affections chirurgicales étaient voués à un triste sort dans l'établissement fondé par Sir Richard Wallace. C'est ainsi qu'ils étaient ou dirigés sur un grand hôpital français, ou soignés dans l'hôpital anglais, par un chirurgien français, le Dr Paul Berger. Ce fait monstrueux est qualifié par l'interne comme n'étant pas « *creditable to the english surgery* ».

Enfin, comme grief capital évoqué par l'interne, les Drs Alan Her-

bert et Faure Miller sont seulement pourvus de diplômes français, tandis que lui, Prendergast, est *doctor in medecine* (M. D.), *Master of surgery* (M. S.), *Member of the Royal University of Dublin* (M. R. U. D.), *Member of the Royal College of physicians of London* (M. R. C. P. L.), etc., etc., etc. Voilà bien des titres pompeux qui assurent à M. Prendergast une grande notoriété dans son pays, mais qui ne valent pas le modeste titre de docteur en médecine (D. M. P.) qui est, avant tout, nécessaire pour exercer en France. M. Prendergast doit en savoir quelque chose, puisque s'étant présenté récemment devant des juges français pour passer un examen de doctorat (il avait été dispensé par faveur de tous les autres), il a été simplement BLACKBOULÉ, malgré l'indulgence bien connue de la Faculté française pour les candidats étrangers.

Mais là n'est pas la question. M. Prendergast, interne de l'hôpital Hertford, devait-il, s'il supposait que son chef de service s'était trompé dans ses diagnostics, saisir la presse politique de la question, ce qui était absolument contraire à tous les principes de la déontologie médicale? Ses imputations étaient trop graves pour que nous n'ayons pas approfondi la question. Or, il résulte de notre enquête qu'aucune négligence n'a été apportée aux soins des malades de l'hôpital Hertford. Les patients auxquels il est fait allusion dans le *New-York Herald*, ont été vus non seulement par le D[r] Alan Herbert, mais par deux chirurgiens distingués de nos hôpitaux, les D[rs] Berger et Barette. Ces noms en disent plus que n'importe quelle réfutation. Il n'est pas besoin d'ajouter que l'honorable D[r] Herbert, bien connu de tous nos confrères parisiens, est médecin depuis 20 ans de l'hôpital Wallace dont il avait conçu les plans, qu'il est docteur en médecine de Paris et ancien interne de nos hôpitaux. La situation de ce chef de service ne saurait donc être comparée à l'inexpérience doublée d'un peu de fatuité, du jeune Prendergast.

Mais ce qui est le plus drôle, c'est l'accusation formulée contre les médecins d'un hôpital situé en France d'avoir des diplômes français, et de faire venir, lorsqu'il y a un cas chirurgical grave, un chirurgien français. Le jeune interne de l'hôpital Wallace méprise sans doute moins le titre de docteur français depuis sa mésaventure à l'Ecole.

Mais nous lui ferons remarquer que nous sommes en France, que la loi est formelle et n'autorise l'exercice de la médecine qu'aux praticiens munis d'un diplôme français. Il n'en est du reste pas autrement en Angleterre pour l'hôpital français de Londres, auquel nous avons eu l'honneur d'appartenir. Les médecins attachés à cet établissement situé en Angleterre, n'ont que des diplômes anglais et

lorsqu'un cas chirurgical grave se présente, c'est Sir W. Mac Cormack, chirurgien anglais, qui est appelé.

Nous ne pensons pas que les malades anglais de Paris soignés par le Dr Berger soient plus à plaindre que les malades français de Londres confiés au Dr Mac Cormack.

Nous n'aurions pas pris la peine de réfuter ces allégations malveillantes et diffamatoires qui relèveraient plutôt de la police correctionnelle que de la discussion médicale, si elles n'avaient pas été de nature à faire naître quelques doutes sur la bonne administration d'un établissement que tout le monde s'accorde à reconnaître comme l'expression la plus élevée de la bienfaisance individuelle. Il est bon de savoir, en effet, que, alors que l'hôpital français de Londres vit difficilement, grâce à des souscriptions publiques, l'entretien de l'hôpital anglais de Paris est entièrement à la charge de Sir Richard Wallace.

A. Lutaud.

(*Journ. de méd. de Paris.*)

NÉCROLOGIE

Le Dr Dieu (Sosthène), pharmacien principal de première classe en retraite, directeur de la Santé à Dunkerque, décédé le 13 août 1888, à l'âge de 82 ans.

NOUVELLES

Les enfants assistés en Algérie. — A la suite de la donation de terrains par l'abbé Roudille, donation à laquelle il avait mis pour condition que le 1er janvier 1889 il y aurait commencement d'exécution, de la fondation d'une colonie d'entants assistés, M. Peyron part pour l'Algérie ainsi que MM. Péan, Chassaing, Levraud, Chautemps, composant la Commission nommée par le Conseil général de la Seine. Tous, y compris les délégués de l'Assistance publique, doivent se trouver réunis fin septembre, sur le territoire de la future colonie, à Ben Chikao, afin de prendre les dispositions définitives.

Hommage aux médecins de l'empereur du Brésil. — La Chambre municipale de Rio-de-Janeiro a décidé de provoquer une souscription dans le but d'offrir un présent au Dr Charcot, ainsi qu'aux deux médecins italiens qui ont soigné l'empereur du Brésil à Turin.

L'institut Pasteur. — L'ouverture de cet établissement serait prochaine d'après ce que nous entendons dire. C'est pourquoi nous venons de visiter les constructions, actuellement fort avancées de cet établissement qui se trouve rue Dutot, à quelques pas du boulevard de Vaugirard. Une grille d'une trentaine de mètres le sépare de la rue Dutot. De ce

côté, se trouve l'aile de bâtiment qui doit servir d'habitation à M. Pasteur En vérité c'est presque un hôtel princier, avec une vue exceptionnelle sur les côteaux de Passy et de Chaillot, la Tour Eiffel et le Trocadéro. L'hôte de cette habitation sera donc somptueusement logé, grâce à la générosité des souscripteurs à l'œuvre de la rage. Ce doit être une satisfaction pour ceux-ci tout autant que pour celui-là.

Les autres corps de bâtiment principal renferment l'appartement de M. Roux, encore une habitation fort agréable ; puis une bibliothèque, des laboratoires au rez-de-chaussée, des salles de conférence et d'inoculations, et enfin un amphithéâtre, un peu exigu, je pense, puisqu'il s'agit, d'après ce que l'on a promis, d'un établissement d'enseignement, tout autant que la création d'un « *Palais de la rage* ».

En arrière, se trouvent des annexes : bergeries, chenils, clapiers, volières : tout cela, bien étroit, en apparence du moins.

A gauche, voici une haute cheminée. C'est celle du laboratoire où, sans nul doute, on procédera à la fabrication du virus. C'est fâcheux, ne trouvez-vous pas, que par cette face, cet Institut scientifique prenne ainsi un aspect d'usine, et par son style, soit trop en harmonie avec les constructions industrielles du voisinage.

Ce n'est pas tout : voici encore des salles d'attente un peu trop voisines des salles d'inoculations, ce qui ne manquera pas d'impressionner vivement les individus qui se présentent aux inoculations. Enfin, il y aura des logements qui, dit-on, seront destinés aux pensionnaires : qui — à l'annonce du moins — y trouveront toutes les commodités de l'existence. Puisse dans l'avenir, et contrairement, sans nul doute aux intentions des souscripteurs et fondateurs de l'œuvre, cet Institut ne pas devenir fâcheusement *l'hostellerie de la rage*, après en avoir été le *Palais*. (*Rev. gén. de thérap. et de clin.*)

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du 26 août au 1er septembre* 1888.—Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 2. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, Croup, 14. — Phthisie pulmonaire, 178. — Autres tuberculoses, 18. — Tumeurs cancéreuses et autres, 39.

Méningite, 21. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 39. —Paralysie, 0. — Ramollissement cérébral, 4. — Maladies organiques du cœur, 31.

Bronchite aiguë et chronique, 47. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 3[illegible]

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 186.

Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 14. — Sénilité, 20. — Suicides et autres morts violentes, 25. — Autres causes de mort, 144. — Causes inconnues, 8.

Nombre absolu de la semaine : 853. — Résultat de la semaine précédente : 910.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

1110.6

...-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 106. MARDI 11 SEPTEMBRE 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome II. N° 106 Mardi 11 Septembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

REVUE CRITIQUE

Recherches récentes sur la physiologie de la digestion appliquée au diagnostic et à la thérapeutique.

L'importance et le nombre des travaux qui ont été publiés depuis peu de temps sur la chimie de la digestion montrent que la principale préoccupation des cliniciens a été de rechercher dans cette voie des caractères précis utilisables pour le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac. C'est la confirmation de la thèse défendue par M. le professeur G. Sée : les dyspepsies sont chimiques ou ne sont pas.

L'étude des sécrétions gastriques, de leurs modifications dans l'état de santé et de maladie, devient ainsi un chapitre de physiologie appliquée indispensable au diagnostic et à la thérapeutique des affections gastriques.

Et d'abord, l'estomac fournit-il une sécrétion à l'état de l'acuité et à jeun ? Schreiber (de Koenigsberg) a examiné le contenu stomacal chez quinze personnes après une abstinence ayant duré douze à quatorze heures. Il s'est servi des réactions colorées en usage pour reconnaître la présence de l'acide chlorhydrique, et de la digestion artificielle pour reconnaître la propriété digestive du liquide sécrété. Or, chez quatorze de ces personnes, on a retrouvé l'acide chlorhydrique jusqu'à la proportion de 2,5 pour 1,000 et au minimum dans la proportion de 0,41 pour 1,000. Il existe presque toujours une petite quantité d'acide lactique. L'estomac de l'homme sécrète donc à l'état de jeûne du suc gastrique (avec de l'acide chlorhydrique) et en dehors même de toute excitation de la muqueuse.

Jaworski s'est surtout préoccupé des qualités de la sécrétion stomacale dans l'hypersécrétion chronique. Dans un certain nombre de cas, il existe de l'acide chlorhydrique libre ; dans un petit nombre cet acide se trouvait à l'état latent, en ce que les réactifs colorants ne donnaient aucun résultat malgré le degré d'acidité du liquide retiré, de même que la digestion artificielle faisait défaut si l'on

n'ajoutait pas de l'acide chlorhydrique. Il importe de remarquer que le liquide stomacal ne contenait aucun acide organique. Enfin dans des cas mixtes, le suc gastrique montre une réaction colorée dont la faible intensité ne répond pas au degré d'acidité. Une partie de l'acide est libre, l'autre est dissimulée. En général lorsque l'acide est libre, la réaction du biuret est faible ou absente ; elle est au contraire très nette si l'acide est à l'état latent.

Jaworski a fait remarquer en outre que dans tous les cas de gastrorrhée le contenu stomacal à jeun renferme un plus ou moins grand nombre d'éléments groupés d'une façon caractéristique. Ce sont des éléments qui renferment des noyaux de leucocytes dont le protoplasma a été digéré par le suc gastrique. On peut les reproduire artificiellement en utilisant pour l'observation les globules purulents. Ces noyaux sont surtout nombreux lorsque l'acide chlorhydrique est latent.

On trouve ensuite des corpuscules en forme de spirale que Jaworski considère comme étant des éléments altérés provenant des muqueuses affectées de catarrhe (pharyngite) et qui se produisent sous l'influence du suc très acide de l'estomac.

Enfin la gastrorrhée acide s'accompagne d'une desquamation abondante de l'épithélium cylindrique de la muqueuse. Ces éléments figurés semblent indiquer que l'hypersécrétion est le résultat d'une lésion de la muqueuse. La réaction très forte du biuret et la présence de l'acide chlorhydrique à l'état de combinaison sont les conséquences des lésions. La digestion d'une grande quantité de leucocytes de cellules épithéliales aboutit à la formation de peptones qui se combinent avec l'acide chlorhydrique. C'est dans ces cas qu'on observe les douleurs pendant la digestion, les vomissements et les autres symptômes dyspeptiques. Les lésions deviennent interglandulaires, les glandes s'atrophient et la sécrétion gastrique s'arrête. Avec Riegel et Honigmann, Jaworski pense que le catarrhe gastrique acide est très souvent associé à l'ulcère rond. C'est le réactif de Gunzburg, c'est-à-dire la floroglucine-vanilline qui a fourni à ce dernier les meilleurs résultats pour déterminer la quantité d'acide chlorhydrique ; c'est le même réactif que recommande Haas parce qu'il n'est pas altéré par l'albumine, la peptone, le phosphate de soude et le chlorure de sodium. Voici comment cet auteur propose l'examen du suc gastrique : On filtre le liquide et on essaye avec le papier rouge du Congo, s'il n'y a pas de réaction on essaie avec le papier à la tropxoline qui indique toujours 1 pour 1,000 d'acide chlorhydrique. La réaction de Gunzburg indique au minimum une proportion de 0,1 p. 1,000 de cet acide ; le violet de méthyle vient après la floroglucine comme sensibilité.

Rosenheim a cherché quel rôle jouent les acides dans l'estomac en présence des hydrates de carbone. Ewald et Boas avaient distingué trois périodes dans la digestion : la première caractérisée par la présence de l'acide lactique, la deuxième par les acides lactique et chlorhydrique, la troisième par ce dernier seulement. Dans les conditions d'alimentation indiquées par Rosenheim, l'acide lactique existe dans toutes les périodes digestives, sans jamais dépasser 1 pour 1,000, si ce n'est peut-être dans le cancer de l'estomac.

Les expériences de Jaworski sont d'un intérêt plus général, car cet auteur s'est borné à déterminer l'action des acides chlorhydrique, lactique, acétique et carbonique sur la fonction stomacale. L'introduction de ces acides en petite quantité dans l'estomac a pour conséquence de précipiter le mucus, de dissoudre le protoplasma des leucocytes, d'où l'apparition de noyaux. Le contenu stomacal montre alors une réaction du biuret plus intense et la sécrétion pepsique est activée tandis que la sécrétion chlorhydrique n'est pas influencée. L'emploi prolongé des acides a pour effet de diminuer cette dernière. Jaworski n'a pas observé de désordres à la suite de l'emploi de certaines quantités d'acide chlorhydrique, les patients au contraire s'en trouvent bien. Tandis que les alcalins dissolvent le mucus stomacal et nuisent à la sécrétion pepsique, les acides précipitent le mucus et activent cette sécrétion. Si l'on cesse les alcalins, la sécrétion chlorhydrique est activée, ce qui n'arrive pas avec les acides. Un effet commun de l'emploi prolongé des acides et des alcalins est donc d'abaisser la sécrétion acide des glandes.

La pepsine et l'acide chlorhydrique ne sont pas les seuls agents de la digestion que l'on trouve dans le suc gastrique, on y trouve encore le *ferment de présure* ou ferment du *lab* qu'ont étudié encore récemment Boas et Klemperer.

Si on laisse agir le liquide stomacal contenant de l'acide chlorhydrique parfaitement neutralisé sur du lait bouilli de réaction neutre, on observe au bout de dix à vingt minutes la précipitation de la caséine qui s'agglomère en un coagulum épais, tandis que le sérum se sépare de la caséine. Le ferment qui n'est pas employé à cette précipitation passe dans le sérum, car le petit lait provenant de cette opération peut coaguler de nouveau la caséine, à l'inverse de ce qui a lieu lorsqu'on se sert de petit lait provenant de l'action des acides.

Le ferment de présure est très sensible aux alcalis, un excès de 0,0028 de lessive de potasse peut le détruire. La température la plus favorable pour son action est de 35 à 40° c. mais le ferment agit encore à 70° et à 20°. L'addition de sels de chaux augmente l'activité du ferment qui agit en quelques secondes à la température or-

dinaire. La bile au contraire arrête son action. Le ferment de présure est probablement détruit dans les parties de l'intestin où se montre la réaction alcaline. Sa présence peut être décelée dans les urines, mais elle est loin d'y être constante.

Ce ferment de présure se produit par la transformation d'une matière zymogène spéciale qui offre une très grande résistance aux alcalis caustiques et même aux températures élevées qui détruisent le ferment. On le rencontre pendant toute la période digestive.

D'après Boas les glandes sécrètent seulement la matière zymogène du lab qui se transforme en ferment de présure (lab) en présence de l'acide chlorhydrique libre ou des acides organiques, aussi pas de ferment sans acide. On peut donc conclure de l'absence de l'un à l'absence de l'autre.

Dans les maladies de l'estomac Boas distingue trois états sous le rapport de la sécrétion de ce ferment. La sécrétion du lab est augmentée parce que sans doute les sécrétions chlorhydrique et pepsique le sont aussi. La même sécrétion est diminuée parce que la proportion d'acide est insuffisante comme dans le catarrhe chronique muqueux. Il y a absence de sécrétion du lab dans le catarrhe, dans l'atrophie de la muqueuse stomacale et dans le cancer. On constate en même temps l'absence presque complète de la pepsine et de HCl. Si cette absence est persistante on peut conclure à la destruction de l'appareil glandulaire, lésion irréparable. Lorsqu'il y a simple diminution du lab, on peut arriver à de bons résultats par le régime et l'emploi du sel marin et de l'acide chlorhydrique. Klemperer est arrivé aux mêmes résultats que Boas sans avoir eu connaissance de ses travaux. Le ferment de présure pour lui est toujours lié à la présence de l'acide chlorhydrique ou des acides organiques en grande quantité. Lorsque le ferment manque, il est très important au point de vue du diagnostic de rechercher le zymogène dont la présence est une preuve du bon état de l'appareil glandulaire, malgré la réaction neutre du liquide stomacal. Klemperer a employé avec le meilleur succès dans différentes affections de l'estomac les sels de chaux qui sont nécessaires à la précipitation de la caséine. Des malades atteints de catarrhe chronique avec faible sécrétion chlorhydrique ne vomissaient plus le lait qu'ils prenaient. L'auteur prescrit soit l'eau de chaux, 2 cuillerées à soupe pour un demi-litre de lait, soit le carbonate de chaux. Ces recherches nous expliquent comment peuvent être utiles les préparations de chaux employées depuis longtemps dans certaines affections gastro-intestinales chez les enfants.

C. JUMON.

BIBLIOGRAPHIE

La curabilité de la phthisie du larynx et son traitement chirurgical, par *Théod. Hering*, trad. de l'allemand par *F. Schiffers* (de Liège) Carré et Cie édit.; Paris 1888.

Depuis plusieurs années, l'auteur poursuit avec persévérance la phthisie laryngée et l'attaque de mille et mille façons. Tantôt avec plus, tantôt avec moins de succès. Tous ses travaux sont établis sur de sérieuses et soignées observations. Il semble, d'après le travail qu'il publie aujourd'hui, qu'il est en possession d'un moyen, non pas infaillible, mais, au moins, très puissant contre la phthisie laryngée. Les planches qu'il ajoute à son étude, les observations détaillées, les examens microscopiques se réunissent pour convaincre les lecteurs. Enfin M. Héryng est venu nous montrer lui-même à la Société anatomique une série de pièces montrant des cicatrices authentiques d'ulcérations dont les préparations microscopiques démontraient avec une netteté absolue la nature tuberculeuse.

Le traitement chirurgical est celui que préconise M. Héryng. Mais il était inapplicable jusqu'au jour où il serait possible d'obtenir l'anesthésie de la muqueuse laryngée sur laquelle il était nécessaire d'opérer.

Cet agent qui fit faire un grand pas à la thérapeutique laryngée est la cocaïne, employée soit en badigeonnage soit plus efficacement encore en injections sous-muqueuses au niveau du champ opératoire.

Les applications d'acide lactique après cocaïnisation peuvent donner les meilleurs résultats, mais elles doivent être faites énergiquement avec le pinceau ouaté, et faites dans tous les points ulcérés. Il faut se garder de confondre la formation de cicatrices avec des ulcères encore existants. Mais, dans certains cas graves, la cicatrice formée se déchirait, ou il se développait dans le voisinage de nouvelles ulcérations. L'auteur se décida alors à faire l'ablation totale du tissu malade et, pour y parvenir, eut recours dans le larynx à la méthode qui jouit d'une si grande faveur dans la thérapeutique de la tuberculose chirurgicale, au curettage. Il faut faire une extirpation aussi radicale que possible de toutes les productions morbides. Les contre-indications dépendent de l'état général du malade, de son caractère et de ses moyens d'existence (?)

Grâce à ces moyens patiemment appliqués, M. Héryng peut présenter une abondante moisson de guérisons, et nous citerons en terminant la lettre que lui écrivit le Dr Krause, de Berlin, qui, parlant des résultats qu'il avait obtenus depuis un an par le curettage des ulcérations tuberculeuses, disait : Cette méthode s'est montrée effi-

cace chez un grand nombre de malades. Par la méthode chirurgicale, le traitement de la tuberculose laryngée est devenu encore plus que jamais un procédé comparable aux traitements des maladies fongueuses des articulations et des affections tuberculeuses de la peau, mis en usage à la Clinique chirurgicale. Il y trouve sa plus grande importance dans ce fait que, d'accord avec les principes chirurgicaux, cette méthode est en état de transformer une ulcération tuberculeuse, dont le fond et les environs sont infiltrés, en une lésion de bonne nature.

Dr F. Verchère.

De la thrombose des sinus de la dure-mère, par le Dr Louis *Lancial.* G. Steinheil, édit. Paris 1888.

L'étude de la thrombose des sinus ne date que du commencement du siècle ; avec Abercvanlie on trouve la première mention de cette grave complication ; mais c'est à Ribes que revient l'honneur d'avoir signalé son existence et à Tamelé le mérite d'avoir fixé d'une manière à peu près définitive dans son mémoire sur les : « Maladies des sinus veineux de la dure-mère » les différentes formes de thrombose que l'on rencontre dans ces canaux veineux. Mais, depuis cette époque, malgré la publication fréquente d'observations, de faits, la présentation devant les sociétés savantes de pièces instructives, aucun grand travail d'ensemble n'avait été publié sur la question. Aussi le travail du Dr Lancial peut-il être regardé comme une œuvre originale et, en même temps, instructive, évitant, à ceux qui veulent connaître ou étudier, les recherches délicates et patientes auxquelles a dû se livrer l'auteur pour mener à bien son travail complet et consciencieux.

L'auteur divise la thrombose veineuse en deux classes : thrombose inflammatoire et thrombose cachectique, comprenant dans la première classe les thromboses par propagation des inflammations de voisinage ; ne serait-il pas possible de distinguer ce groupe de celui qui cause bien évidemment la thrombose cachectique, et, pour laisser la question claire, de donner à cette première classe le nom beaucoup plus exact de phlébite des sinus ?

Cette phlébite des sinus s'explique par les communications si nombreuses que décrit dans un tableau d'ensemble M. Lancial, communes aux systèmes inoculaires de la tête, de la face et de leurs cavités avec le système veineux de la dure-mère. Peut-être eût-on pu, dans ce chapitre anatomique, tout au moins signaler dans les anastomoses si riches des plexus veineux rachidiens avec le système intracrânien et sur lequel a si magistralement fixé la science, le Dr Ch. Walther ?

Les inflammations qui siègent dans ces diverses régions peuvent déterminer la phlébite d'un vaisseau périphérique et servir ainsi de

point de départ à la thrombo-phlébite des sinus. L'oreille, l'orbite, les fosses nasales, la bouche, le pharynx, au même titre que le cuir chevelu, la face et le cou peuvent entraîner la phlébite des sinus. La thérapeutique sera dirigée énergiquement contre la lésion initiale et l'antisepsie en formera le plus puissant élément.

Dans les affections de l'oreille et de l'apophyse mastoïde, la trépanation hâtive peut s'opposer à l'apparition et entraver la marche de la thrombose.

On serait peut-être autorisé à tenter la ligature de la jugulaire interne dans les cas où l'on aurait reconnu les premières manifestations de l'embolie septique.

La mort est la terminaison presque fatale de la thrombose des sinus crâniens ; cependant la guérison a été observée dans certains cas qui se compliquaient de septicémie et de purulence.

Des indications bibliographiques très complètes terminent le livre de M. Lancial et en font une monographie dans laquelle on pourra puiser tous les documents ayant rapport à la question qu'il a si complètement traitée.

Dr F. VERCHÈRE.

VARIÉTÉS

Le Dr Ange Guépin

Samedi a eu lieu à Pontivy, sous la présidence de M. Jules Simon, l'inauguration de la statue du Dr Guépin dont le nom, bien connu des savants, est en outre resté très populaire en Bretagne et en Vendée.

La statue du Dr Guépin, œuvre du sculpteur Léofanti, est érigée sur la place Egalité, à peu de distance de la maison natale du célèbre oculiste. Elle est en bronze et a, avec le piédestal, plus de six mètres de hauteur. Sur la face principale on lit :

DOCTEUR GUEPIN
Aux plus déshérités le plus d'amour
Aimer, respecter le travail, pratiquer la vertu

Sur la face postérieure : . . . .

Né à Pontivy le 12 fructidor an XIII
Décédé à Nantes le 21 mai 1873

Au-dessous de la première de ces inscriptions, sur la face principale, un bas-relief représente le Dr Guépin pratiquant l'opération de la cataracte dans une chaumière bretonne. La statue le représente

debout, vêtu de son ample manteau et la main droite passée dans dans l'échancrure de sa redingote.

C'est M. Léon Séché qui, le premier, a pris la parole pour remettre le monument à la municipalité. Le maire de Pontivy a répondu. Puis M. Jules Simon a prononcé un discours dont nous extrayons les passages suivants :

« Il s'était destiné à l'Ecole polytechnique. Il passa de brillants examens ; mais le gouvernement de la Restauration, punissant dans le fils les opinions républicaines du père, le raya de la liste d'admission. Il prit sur-le-champ son parti, en homme pratique, et opta pour la carrière de la médecine, qui lui fournissait mieux qu'aucune autre l'occasion de se dévouer et d'étudier. Ses études médicales furent brillantes et le conduisirent à être le préparateur d'Orfila. La ville de Nantes venait de créer pour les ouvriers une chaire d'économie industrielle. On la proposa à Guépin, qui accepta sur-le-champ. Il pensait dès lors, et il pensa toute sa vie, qu'instruire les ouvriers est le meilleur moyen de les servir. Sa nouvelle position remplissait tous ses vœux. Il était à Nantes, dans sa chère Bretagne ; il vivait au milieu des souffrants et des déshérités ; il était maître de son programme et de son enseignement. Il conquit bien vite l'estime des savants et l'affection de ses auditeurs. Il ne tarda pas à avoir une nombreuse clientèle ; il était bon médecin, et il devint, avec le temps, un oculiste de premier ordre. Les riches le recherchaient à cause de son talent, et les pauvres, à cause de sa bonté. Il ne se contentait pas de les soigner gratuitement, il fournissait lui-même les médicaments, et avec tant de bonhomie et de simplicité, qu'on acceptait ses services comme ceux d'un frère. Il lui était naturel de donner sa science, son argent et son cœur. On commençait par être son auditeur ou son malade, et bien vite on était son ami. On venait chez lui après la guérison, non pas pour le remercier, mais pour lui demander ses avis sur les affaires de la famille. On le consultait sur les questions de conscience. On se demandait dans les grandes occasions quel serait l'avis de Guépin. Il était arrivé à cette situation sans l'avoir cherchée, sans l'avoir désirée. Il n'avait pas couru, comme tant d'autres, après la célébrité et l'influence. Tout son secret était d'aimer les hommes. »

. . . .

« Guépin se laissa porter au conseil général en 1864 ; il fut conseiller municipal de la ville de Nantes en 1865. Il reprit, en 1870, l'administration de la Loire-Inférieure, mais la reddition de Metz l'accabla. Il donna sa démission à la suite d'une attaque d'apoplexie. Il se croyait en état de reprendre sa place au conseil général et au chevet des malades. Ce n'était que l'illusion d'un cœur généreux. On peut

dire de lui qu'il travailla et se dévoua jusqu'à la mort. Il s'éteignit le 21 mai 1873, à la veille d'un nouveau deuil national dont le spectacle lui fut épargné. Il était âgé de soixante-sept ans. »

. . . .

« Plus de trente mille personnes vinrent saluer son corps. Catholiques, protestants, israélites, libres penseurs, s'unirent pour honorer ce véritable homme de bien. La Bourse fut fermée le jour des funérailles. Mon ami Waldeck-Rousseau, alors maire de Nantes (le père du ministre), prononça son éloge au milieu d'une foule attendrie. Il le montra « partisan enthousiaste de la liberté, applaudissant à ses triomphes, résistant à ses excès. » Il parla surtout de son inépuisable dévouement au malheur. On pouvait écrire sur sa tombe, on peut écrire sur le socle de sa statue, sa devise, qui le peint et le raconte tout entier.

» Aux plus déshérités, le plus d'amour ! »

M. Hippolyte Maze, sénateur, a ensuite prononcé quelques mots rappelant les travaux scientifiques et le rôle politique de Guépin.

A. Ch.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Privilège des créances des médecins en cas de faillite de leurs clients.

Le Dr Benoist (de Saint-Nazaire) avait donné des soins pour une maladie grave à la femme d'un industriel tombé en faillite, peu de temps après la guérison de sa femme. Le syndic chargé du règlement de cette faillite avait proposé au Dr Benoist de se présenter comme créancier privilégié, non pas pour cette dernière maladie, mais pour celle d'un enfant mort depuis trois ans, dont il n'avait pas été payé, se basant sur l'interprétation la plus commune donnée au terme « dernière maladie », c'est-à-dire celle qui a précédé la mort.

Le Dr Benoist déclarait qu'il ne croyait pas devoir être considéré comme créancier privilégié pour la maladie de l'enfant, mais bien pour celle de la femme, bien qu'elle fut guérie.

Le tribunal, faisant droit à cette manière de voir, partagée d'ailleurs par un certain nombre de jurisconsultes distingués, a rendu le jugement suivant :

Le Tribunal ;

Ouï les avocats et mandataires des parties dans leurs moyens et plaidoiries, et après en avoir délibéré conformément à la loi ;

Considérant que Benoist, créancier de la faillite Danard d'une somme de 236 fr. pour soins médicaux donnés à Danard actuelle

ment en faillite et à sa famille, a produit à la vérification des créances pour la totalité de cette somme dont la quotité ne lui est en rien contestée par le syndic, et est reconnue au contraire comme légitimement due;

Mais que Benoist a prétendu droit à obtenir son admission par privilège à titre de frais de dernière maladie conformément à l'article 2101 du code civil;

Que le syndic lui a refusé de reconnaître ce privilège et ne consent qu'à l'admission au marc le franc de cette créance;

Que, pour étayer sa prétention à privilège, le Dr Benoist affirme que les soins donnés par lui à l'enfant mineur Danard et à la femme du failli sont des frais privilégiés par la faillite Danard; qu'ils s'appliquent à la dernière maladie de ces membres de la famille du failli et dont ce dernier est légitimement débiteur envers lui;

Qu'il indique le texte et l'esprit de l'article 2101 du code civil comme lui permettant d'invoquer le privilège à son profit pour le recouvrement de semblable créance;

Considérant que, s'il est exact de prétendre que l'article 2101 confère le privilège au profit du médecin pour soins de dernière maladie, il faut, tout au moins, restreindre ce droit exceptionnel à la maladie éprouvée par le défunt dans la dernière année du décès, ou par le failli, la situation de faillite devant être, pour la liquidation vis-à-vis des tiers, assimilée à la mort du débiteur dans l'année qui a précédé la déclaration de faillite;

Qu'il est donc possible d'admettre le privilège du Dr Benoist pour la créance relative à la maladie de la femme du failli, survenue dans le cours de la dernière année de la vie commerciale de Danard éteinte par la faillite;

Que Danard est en effet débiteur de cette dette concernant sa femme légitime, dont les soins ont été requis et sont dus par lui; qu'ainsi le syndic de la faillite Danard est tenu à l'admission pour 160 francs de cette partie de la créance du Dr Benoist;

Mais qu'en ce qui concerne les frais de dernière maladie de l'enfant mineur de Danard, si la faillite est tenue de cette créance, charge naturelle incombant au failli, père du dit mineur, elle ne peut en être tenue qu'au même titre que pour toutes les créances ordinaires portées contre la faillite;

Qu'en effet la maladie du fils Danard, si elle a été la dernière pour cet enfant, a motivé les soins du médecin à une époque antérieure à la dernière année de la vie commerciale de failli;

Que le Dr Benoist a tardé à en opérer le recouvrement et ne peut faire classer les soins donnés en cette circonstance parmi ceux privilégiés par la loi à titre de dernière maladie, lesquels ne peuvent s'ap-

pliquer qu'aux frais incombant aux soins donnés au décédé ou failli dans la dernière année de sa vie naturelle ou commerciale ;

Par ces motifs :

Statuant en matière commerciale et en dernier ressort, admet le Dr Benoist comme créancier de la faillite Danard pour la somme de 235 francs ; dit que, sur cette somme, il sera colloqué par privilége aux termes de l'art. 2101 concernant les frais de dernière maladie pour celle de 160 francs, et au marc le franc pour le surplus, dit que les dépens seront supportés par la faillite.

(*Concours médical.*)

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 5 septembre 1888, M. le Dr Didiot, médecin-inspecteur général, président du comité technique de santé, a été élevé à la dignité de grand officier de la Légion d'honneur.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 1er septembre 1888, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Péchenet, Richard, Queyssac, Rouyer, Maire, Lemoine.

10e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Garron de la Carrière, chef de clinique adjoint de la Faculté de médecine de Paris.

Bourses a la Faculté de Lille. — M. Leloup, conseiller général républicain d'Arras, a exposé, dans une des dernières séances du Conseil général, qu'il était hostile au vote des bourses à accorder à la Faculté de médecine de Lille. Et cela, pour deux raisons : la première, c'est que, s'il existe à Lille une Faculté de médecine de l'Etat, c'est aux dépens de la ville d'Arras, à laquelle on a retiré l'Ecole de médecine qui y prospérait autrefois ; la seconde, c'est que, si l'on se décidait à entretenir à Lille des boursiers en médecine et en pharmacie, l'on devrait examiner à quelle Faculté on les enverrait ; car, les renseignements que possède M. Leloup sont tels qu'il a sujet de se demander si la Faculté catholique de médecine de Lille n'est pas mieux organisée que la Faculté officielle. Le Conseil a clos la discussion qui s'était engagée à ce sujet, en rejetant toute proposition de bourses de médecine ou de pharmacie.

Association des médecins de la Cie P.-L.-M. — Les médecins de la Cie P.-L.-M. ont tenu hier à Lyon leur réunion annuelle. L'association de secours mutuels compte actuellement 282 adhérents. Après avoir approuvé les comptes du trésorier, l'association a voté une somme de mille francs pour la famille d'un confrère récemment décédé. Une souscription est ouverte parmi les médecins de la compagnie en faveur de la même famille.

Nous avons employé la matinée à visiter l'Hôtel-Dieu, et une partie de

l'après-midi à visiter le service de notre ami le Dr Levrat, chirurgien de la Charité. Ce dernier service, en particulier, possède une installati absolument remarquable et que pourraient envier tous les hôpitaux pari siens.

Nous avons également admiré dans les hôpitaux de Lyon, l'institutio des sœurs hospitalières, sorte de religieuses laïques qui n'appartienne à aucun ordre et qui sont absolument sous la dépendance de l'admini tration. Cette institution nous a paru échapper presque complète aux reproches que l'on a faits justement aux religieuses de nos hôpi de Paris et aussi aux reproches que l'on pourrait encore, après une i tallation forcément rapide, faire à nos surveillantes laïques. Le Dr Levr d'ailleurs, a bien voulu nous promettre de nous envoyer très prochaine ment sur ces diverses questions un article que nous publierons immédia tement. A. Ch.

Inauguration de l'hospice Ferrari. — Jeudi dernier, 29 août, a e lieu à Clamart l'inauguration de l'*Hospice Ferrari* dû à la charité d Mme la duchesse de Galliera. L'hospice Ferrari, est destiné à recevoi cent vieillards, cinquante veuves et cinquante veufs soigneuseme choisis parmi les déshérités les plus dignes d'intérêt. Mme de Galli est la créatrice de deux autres œuvres : l'orphelinat de Fleury, où ser logés, nourris et instruits trois cent cinquante orphelins, et un asile servira de refuge à cent vingt instituteurs congréganistes. Ces deux d niers établissements sont situés sur le territoire de Meudon, aux con de notre commune. Une délégation du Conseil municipal de Cla assistait à l'inauguration de l'etablissement. (*Progrès médical.*)

Hopitaux marins. — Le Conseil général de la Seine-Inférieure a voté une subvention de 200,000 fr. en faveur de l'hospice marin institué à Pen-Bron, en face du Croisic, pour le traitement des enfants scrofuleu et rachitiques.

Assistance médicale. — Le Conseil général de la Charente-Inférieure a voté un crédit de 3,000 francs, à titre d'essai d'organisation, dans ce département, d'un service de secours à domicile pour les vieillards et les infirmes indigents.

Dans la Vienne, le Conseil général a décidé de se réunir en session extraordinaire, du 1er au 8 octobre, afin de discuter un rapport de M. le Dr Guillon sur l'organisation d'un service de médecine et de pharmacie gratuites pour les indigents. Les médecins et les pharmaciens du départe ment seront convoqués d'ici là, afin de donner leur avis sur le projet en question, qui semble différer très peu de celui que l'Association générale a déjà adopté au mois de mars dernier. (*Gaz. hebd.*)

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

...TABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE DE ROUEN

FONDÉ EN 1853

L'établissement hydrothérapique de Rouen a été fondé en 1853. Il est installé ...s un ancien couvent situé à mi-côte d'une colline de 125 mètres, au milieu ...vastes et beaux jardins. Cet établissement est alimenté par une source ...ondante à une température de 9° centigrades.

Douches en jet, en pluie, en cercles, écossaises, tivoli, douches sulfureuses.

Deux vastes piscines, destinées l une aux hommes, l'autre aux dames.

L'installation contient, en outre, des salles d'étuves et des cabinets de sudation.

Traitement des maladies chroniques, particulièrement des maladies nerveuses : hystérie, chorée, hypocondrie, névralgies longues et rebelles, chlorose, ...émie, lymphatisme, surtout chez les enfants, dyspepsie, inflammation de l'appareil digestif, de la matrice et de la vessie, pertes séminales, congestions, ...rticulièrement celles du foie et de la moelle épinière, certaines paralysies, ...matismes chroniques, scrofule, diabète, albuminurie, fièvres intermittentes, ...entes ou anciennes, cachexies, etc.

L'établissement est ouvert toute l'année et reçoit des pensionnaires et des externes

...LONS DE LECTURE, DE JEU, BILLARDS, PROMENOIRS COUVERTS, ETC.

Adresser les demandes de renseignements au Directeur, M. le D Descamps, ...bis, rue du Champ-des-Oiseaux. Rouen.

Trente-cinquième Année. — Tome II. N° 107. Jeudi 13 Septembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET — Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de médecine.
MICHEL PETER — Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.
DAMASCHINO — Professeur de pathologie médicale, Médecin des hôpitaux.
P. BERGER — Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.
E. BOTTENTUIT — Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.
F. LABADIE-LAGRAVE — Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome II. N° 107 Jeudi 13 Septembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 12 septembre 1888.

M. le Dr L. G. Richelot croit à la nature infectieuse et contagieuse du tétanos, c'est d'ailleurs une opinion qu'il est difficile de ne pas admettre après les nombreux faits qui ont été publiés dans ces derniers temps ; mais on a été plus loin et l'on a voulu démontrer que le tétanos nous venait du cheval ; or, dans les deux faits qu'il rapporte et qui ont été observés à l'hôpital Tenon, M. Richelot a cherché le cheval sans le trouver. Divers médecins de marine ont d'ailleurs signalé des cas de tétanos dans des conditions où le cheval ne pouvait pas facilement être mis en cause, mais cette cause peut s'exercer de bien des manières différentes, et la durée de son influence est absolument inconnue. Il faudra donc continuer à chercher le cheval, comme le dit M. Richelot d'une façon pittoresque ; la question ne manque pas d'intérêt.

M. Prengrueber a présenté à l'Académie un malade auquel il a enlevé, il y a six mois, la plus grande partie de la langue, tout le plancher de la bouche et une grande étendue du maxillaire inférieur, pour remédier à un volumineux cancer ulcéré. Aujourd'hui, la plaie opératoire est parfaite ; l'alimentation s'exécute facilement au moyen d'un entonnoir qui porte les aliments dans l'arrière-bouche, et l'état général est aussi satisfaisant que possible.

M. le Dr Bénard (de Versailles) lit un travail sur les signes de la mort et conclut que la mort n'offre pas d'autre signe certain que la putréfaction.

M. Mathis, chef des travaux cliniques à l'École vétérinaire de Lyon, pense que l'entérite diarrhéique des jeunes chiens est de nature microbienne et absolument comparable à la diarrhée verte des jeunes enfants. M. Trasbot, rapporteur, ne proteste pas contre cette idée qui est très plausible ; il demande seulement des preuves qui ne sont pas encore suffisantes dans le travail de M. Mathis.

A. Ch.

CHIRURGIE

Microbisme et abcès : classification de ces derniers. (1)

Par M. le professeur Verneuil.

Lorsqu'une grande idée surgit dans la science, il est rare qu'elle ne modifie pas dans une mesure quelconque les notions dites *classiques* et qu'elle ne jette pas un nouveau jour sur les questions qui semblaient les mieux connues.

C'est bien, à coup sûr, le cas du microbisme qui, malgré la date récente de son introduction dans la pathologie, n'en a pas moins déjà révolutionné presque toutes les parties.

Certes, s'il est une affection fréquente, observée et décrite depuis des siècles et sur laquelle on croirait qu'il ne reste presque rien à dire, c'est bien l'abcès vulgaire, résultant de l'accumulation du pus dans une cavité circonscrite naturelle ou accidentelle. Or il est facile de montrer que, dans ces dix dernières années, son histoire s'est enrichie de données précieuses autant que neuves, et qui conduisent à une thérapeutique dont l'étiologie forme la base solide.

Jusqu'à ces derniers temps, en s'accordait à dire que l'abcès se compose de deux parties : le contenu et le contenant ; en d'autres termes, le pus et la cavité qui le renferme ; — que, de ces deux parties, la première est de beaucoup la plus importante, parce qu'il n'y a pas d'abcès sans pus et que, macroscopiquement, c'est le pus qui caractérise l'abcès ; — que la cavité contenante au contraire, est accessoire, puisque c'est le pus qui la forme mécaniquement en écartant les tissus en cas d'abcès intestitiels on parenchymateux, ou qui la remplit simplement quand elle préexiste, comme en cas de collection dans les séreuses ou les muqueuses ; — que, à la vérité, cette cavité présente, en certains cas, une paroi propre, spéciale : la membrane pyogénique, néo-organe pathologique paraissant sécréter le pus, mais qu'on ne saurait regarder comme partie nécessaire de l'abcès, puisque, d'une part, elle n'est point constante et que, de l'autre, elle suit et ne précède jamais la formation du pus ; — que le pus, produit morbide composé comme le sang, d'un sérum tenant en dissolution des matières organiques et des sels minéraux, et en suspension des éléments figurés visibles au microscope, est anatomiquement caractérisé par ces derniers, appelés *globules purulents* ; — que ceux-ci, longtemps regardés comme éléments hétéromorphes de nouvelle formation, sans analogues dans l'économie, ne sont, en réalité, que les leucocytes du sang ou les cellules migratrices du

---

(1) Communication à l'Académie des sciences.

tissu conjonctif, constatation d'identité qui mettait fin aux débats sur l'origine, la nature et le mode de formation des globules de pus, désormais considérés simplement comme des éléments normaux en hétérotopie et en hypergenèse.

Tout en fournissant les caractères principaux de la suppuration, y compris sa pathogénie, ces données n'indiquaient pas encore les causes réelles de la pyogénèse et n'expliquaient point pourquoi, ni sous quelle influence les globules blancs du sang traversaient les parois vasculaires pour se collecter dans les espaces conjonctifs ou les cavités préexistantes (1); pourquoi ni sous quelle influence les cellules migratrices rares et éparses dans l'état normal se produisent parfois en quantité énorme et dans un temps fort court.

On savait, sans doute, qu'il existait des rapports étroits entre la suppuration et l'inflammation, mais on ne pouvait pas faire de celle-ci la cause constante de celle-là, puisqu'on voit plusieurs sortes d'abcès (abcès froids et métastatiques, se former sans être précédées d'aucun phénomène inflammatoire.

On admettait aussi que le pus n'était pas toujours identique et qu'avec les mêmes apparences extérieures il possédait des propriétés pathogènes si diverses, que tantôt, formé ou introduit dans l'organisme, il ne déterminait aucune réaction sensible, tantôt au contraire provoquait des phénomènes inflammatoires locaux et généraux intenses, ou agissait même à la façon des matières infectieuses ou virulentes; mais on connaissait mal la raison de ces différences.

Bref, les choses en étaient là et la pyogénèse restait fort obscure lorsque intervinrent les recherehes microbiennes sur la suppuration.

Bien qu'avant 1878 plusieurs auteurs (1872-1875), Klebs, Nepveu, H. Bergeron, aient signalé la présence de micro-organismes divers dans le pus des abcès profonds, c'est surtout après que notre illustre confrère M. Pasteur eut trouvé et décrit dans l'eau commune un vibrion qui, cultivé, isolé et inoculé à un animal, faisait naître une maladie comparable à la pyohémie, que ces recherches se multiplièrent à l'infini à l'aide de trois méthodes qui se contrôlent et se prêtent un mutuel appui, savoir : l'examen microscopique avec emploi de matières colorantes, les cultures et les inoculations.

Or voici ce que ces études ont appris déjà :

1° Le pus n'est plus exclusivement caractérisé au point de vue anatomique par ses globules, car on y découvre aussi des éléments figurés tout particuliers qu'on peut reproduire à volonté et multiplier

(1) La diapédèse montre le mécanisme, mais n'indique pas la cause première du phénomène, car elle ne révèle pas sa propre cause.

in vitro comme dans les tissus vivants des animaux et qui appartiennent au règne microbique.

2° Ces microbes sont, sinon constants, du moins si fréquents, qu'ils semblent inséparables de la pyogénèse et en constituent, suivant toute vraisemblance, la cause unique et réelle, hypothèse à peu près démontrée par ce fait, qu'introduits expérimentalement dans l'organisme, les microbes susdits y font naître la suppuration et les abcès.

3° Le pus est tantôt *mono-microbique*, ne présentant qu'une espèce de micro-organisme, tantôt *poly-microbique*, c'est-à-dire contenant à la fois plusieurs genres et espèces différents : microcoques, bactéries, vibrions, bacilles, etc. Dans le premier cas, nul doute possible sur la propriété pyogène du microbe observé ; mais, dans le second, impossibilité de décider encore si tous les microbes constatés ou seulement quelques-uns d'entre eux sont capables de provoquer la suppuration.

4° Jusqu'à solution de ce dernier problème, il convient provisoirement de répartir les microbes observés jusqu'ici dans les abcès en deux catégories :

On peut placer dans la première ceux qu'on rencontre si souvent, si régulièrement, si uniquement dans les suppurations superficielles, interstitielles et cavitaires, qu'on est autorisé à les croire normaux et nécessaires, sinon exclusifs : *microbes pyogènes proprement dits* (microcoques et diplocoques diversement groupés et colorés, streptocoques, zooglées, staphylocoques orangés, citrins, blancs, etc.).

Et dans la seconde, les micrococques, bactéries, vibrions, bacilles, etc., que sans doute on rencontre dans le pus, mais fortuitement, irrégulièrement, tandis qu'ils existent normalement dans l'organisme en l'absence de tout processus pyogénique et en dehors de tout foyer de suppuration, soit qu'ils proviennent directement du dehors, qu'ils habitent une cavité naturelle, ou qu'ils aient envahi l'économie tout entière, comme cela arrive chez les sujets ayant été ou étant encore en proie à une contamination locale ou à une maladie générale infectieuse ; microbes inconstants, anormaux, hétérotopes en quelque sorte, et que, par opposition à ceux de la première catégorie, on peut nommer *microbes accidentellement pyogènes*.

Les études dont je viens de donner une idée sommaire n'ont certes pas dit leur dernier mot, et je reconnais si bien les lacunes qu'elles présentent que je les poursuis depuis quelque temps avec l'aide et le concours de mon habile chef de laboratoire, M. le Dr Clado. Néanmoins, j'affirme que, dès à présent, elles ont fourni des résultats importants, ne serait-ce que d'avoir complété la théorie de la formation du pus ; car on peut dire que la découverte de la cause d'un processus morbide constitue toujours un grand progrès.

Je n'aborderai pas aujourd'hui tous les points de l'histoire des abcès que les recherches microbiennes ont élucidés et permettent d'éclairer davantage encore. Laissez-moi seulement en indiquer un seul : je pense qu'à l'aide des notions acquises on peut, chose plus utile qu'on ne le croit, remplacer les anciennes classifications des abcès, basées plutôt sur l'observation clinique que sur l'origine des causes et la nature du mal, par un groupement plus naturel et fort simple d'ailleurs, fondé sur l'étiologie de la pyogénèse, aussi bien que sur l'anatomie et la physiologie pathologiques du contenu et du contenant des abcès.

En conséquence, j'admettrai la division suivante :

1° *Abcès simples*, développés sous l'unique influence des microbes pyogènes normaux et ne renfermant qu'eux seuls à l'exclusion de tous les autres ;

2° *Abcès infectés*, nés sous l'influence, soit des microbes pyogènes normaux, soit des microbes pyocoles accidentellement pyogènes (je laisse la question indécise), mais en tout cas caractérisés par la présence de ces derniers, avec toutes les conséquences de cette juxtaposition microbienne.

Je ne voudrais pas paraître découvrir la Méditerranée et je m'empresse de reconnaître que de temps immémorial on a décrit un pus légitime, pur, bénin, de bonne nature et d'autres pus impurs, infectants, virulents, putrides, etc. ; de même, en regard des abcès dits *idiopathiques*, indépendants de tout état pathologique antérieur, développés chez des sujets sains à la suite d'un trauma ou d'un refroidissement et guérissant sans laisser de traces, on a placé d'autres abcès, dits *symptomatiques*, apparaissant dans le cours ou à la suite de diverses maladies générales, infectieuses, pyohémiques, puerpéraux, varioleux, typhoïdes, etc.

Mais, avant les études microbiennes, les deux colonnes, si elles étaient ouvertes, n'étaient ni bien circonscrites ni exactement remplies : on eût certainement fort embarrassé l'anatomo-pathologiste le plus habile en lui demandant de distinguer le pus de bonne nature du pus infecté avec le seul secours du microscope et des réactifs chimiques. Le chirurgien le plus expérimenté eût été souvent dans la même impuissance, tandis que de nos jours, dans maints laboratoires de la capitale ou de la province, un élève instruit et exercé pourra indiquer en quelques jours, sinon même en quelques heures, la provenance et les propriétés d'un pus soumis à son examen.

Pour ne citer qu'un exemple, il suffit de rappeler qu'il y a peu d'années encore les chirurgiens considéraient les abcès froids, quand ils ne provenaient pas d'une altération du squelette, comme moins graves que les abcès chauds et que moi-même, discutant en 1871 sur

le pus pur et impur, je donnais comme type du premier précisément ce pus des abcès froids, sans songer que, s'il n'était ni pyogène ni phlogogène, grosse question agitée à cette époque, il avait en revanche la redoutable propriété d'être virulent à un haut degré et d'engendrer ou de propager la tuberculose.

Au demeurant, peut-être les recherches que je vante si fort et la classification que j'en déduis seront jugées plus utiles si je mets sous vos yeux la liste des abcès coïncidant avec une maladie générale contagieuse, virulente ou infectieuse et en contenant les germes.

Déjà MM. Cornil et Babes, dans leur important ouvrage *les Bactéries*, avaient donné quelques indications dans la phrase suivante :

Les arthrites suppuratives secondaires aux infections généralisées montrent, dans le liquide puriforme qu'elles contiennent, les microbes propres à ces maladies générales et ils citent la blennorrhagie, la pyohémie, la morve, la fièvre puerpérale, l'ostéomyélite, etc. (2e édition, p. 345, 1887).

Mais depuis le nombre s'est singulièrement accru, comme on en pourra juger par le tableau suivant :

Abcès érysipélateux,	Abcès malariques,
Abcès puerpéraux,	Abcès urineux,
Abcès pyohémiques,	Abcès blennorrhagiques,
Abcès septicémiques,	Abcès tétaniques,
Abcès septiques ou gangréneux,	Abcès tuberculeux,
Abcès saprogènes,	Abcès de la lèpre,
Abcès morveux et farcineux,	Abcès de la filariose,
Abcès typhoïdes,	Abcès de l'actinomycose.

Donc seize variétés déjà et la liste n'est certes pas close ; on n'y voit pas figurer en effet, les abcès qu'on observe chez les varioleux, les rubéoliques, les syphilitiques, pas plus que ceux qui succèdent aux chancres mous, parce que les microbes de ces diverses maladies n'ont pas encore été isolés et qu'on n'a pu étudier les qualités virulentes de leur pus par la méthode des inoculations, les maladies susdites n'étant pas transmissibles aux animaux.

On fera certainement des découvertes dans ce champ nouveau en examinant toutes les variétés possibles des abcès, et, comme preuve, j'indiquerai en terminant une très curieuse observation recueillie récemment dans mon service par M. le Dr Clado.

Ayant eu l'occasion d'ouvrir un abcès de l'extrémité du doigt et d'en examiner aussitôt le pus, il y découvrit, non sans surprise, avec les microbes pyogènes ordinaires, un des microbes de la salive, la spirille. Pour s'expliquer le fait, il interrogea soigneusement le malade et apprit de lui que l'abcès était survenu à la suite d'une

écorchure faite au doigt par le crochet d'une pièce prothétique supportant des dents artificielles.

Ceci ne veut pas dire, bien entendu, que tout abcès survenant chez un sujet atteint d'une maladie infectieuse renfermera nécessairement le microbe correspondant, mais seulement qu'il pourra le renfermer, et cela dans une proportion et avec une fréquence que de nombreuses observations sauront seules établir. Il est permis cependant d'avancer que toute maladie infectieuse ou virulente à microbes spécifiques, alors même qu'elle ne compte pas la suppuration parmi ses processus habituels, peut déverser les microbes susdits dans des abcès développés sous des influences banales.

Dans une communication ultérieure, je chercherai à montrer l'importance de ces notions au point de vue de la thérapeutique des abcès.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

LES INJECTIONS MERCURIELLES ET L'HUILE GRISE. — M. Paul *Rangé* fait connaître (*Bulletin Médical*, 8 août) les résultats qu'a donnés entre les mains de M. le professeur Lang, de Vienne, et de ses assistants, MM. Herschmann et Trost, les injections sous-cutanées d'huile grise dans le traitement général de la syphilis.

L'huile grise (oleum cinereum) n'est autre chose qu'une pommade mercurielle à la lanoline (lanoline et mercure métallique, parties égales), à laquelle on ajoute pour la diluer quatre parties d'huile d'olive pour six de pommade. Le composé ainsi obtenu contient donc un peu moins de 30 0/0 de mercure métallique. C'est une substance demi-liquide, ayant à peu près la couleur et l'aspect de l'onguent gris. Sa fluidité est suffisante pour traverser la canule de la seringue Pravaz. Au besoin on peut encore la liquéfier en la faisant chauffer avant de s'en servir.

MM. Lang et Trost insistent sur les précautions *aseptiques* à prendre pendant la confection de la pommade, sans négliger l'asepsie de l'appareil instrumental et de la peau du patient. Ainsi la moindre négligence de l'apothicaire ou de l'opérateur se traduit par des abcès.

Nous oublions de noter que la pommade grise doit être conservée dans un endroit frais, en été sur de la glace, n'ajouter l'huile qu'au moment de s'en servir, et mettre au rebut toute pommade préparée depuis un mois.

M. Lang injecte chaque semaine dans la région fessière ou entre les deux épaules et par deux piqûres distantes de 4 à 6 centimètres

trois dixièmes de centimètre cube, soit un peu moins du tiers de la seringue Pravaz, dose représentant dix centigrammes de mercure métallique. A partir de la quatrième semaine, la médication s'individualise, se suspend pour un temps, se prolonge, s'abrège, augmente ou diminue selon que les symptômes syphilitiques ont entièrement disparu, persistent ou renaissent.

Nous accordons à M. Lang et à son traducteur et admirateur M. Paul Raugé que les injections hydrargyriques sont plus rapides dans leur action que les frictions et l'usage interne du mercure; donnent-elles plus de garantie contre le retour des poussées syphilitiques? Non, répondent les chirurgiens de l'Antiquaille, derrière l'autorité desquels nous nous abritons.

Le grand inconvénient ou plutôt le danger réel des injections hydrargyriques à fortes dose (injections grises, mercure métallique), c'est que, si des symptômes d'intolérance surviennent, le médecin ne peut rien pour en arrêter les effets; comme le dit avec juste raison M. Besnier, on connaît la dose que l'on introduit sous la peau, mais on ignore avec quelle rapidité elle est absorbée, et ajouterons-nous, on s'expose à tomber sur un sujet d'une idiosyncrasie toute spéciale à l'égard du mercure et alors vous empoisonnez votre malade. Malheureusement des faits récents justifient ces craintes. Il y a quelques mois, on a présenté à la Société des sciences médicales de Lyon un malade intoxiqué par deux injections de mercure métallique, et quelques semaines plus tard son maxillaire inférieur et son intestin ulcéré et ramolli. Nous venons de lire dans le dernier numéro du *Bulletin médical*, page 1113, un article de M. Hallopeau, relatant le cas d'un malade chez lequel cinq injections d'huile grise, pratiquées en huit jours d'intervalle, ont provoqué une stomatite d'une gravité telle, qu'elle met la vie du malade en danger. Le malade a beaucoup maigri. Espérons qu'une issue fatale ne viendra pas couronner cette tentative thérapeutique. (*Lyon méd.*, 9 sept. 1888.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 *septembre* 1888. — *Présidence de* M. HÉRARD.

LA CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre de M. le Dr Lingrand (de Lille) qui demande à l'Académie de recevoir en dépôt un pli cacheté sur un nouvel appareil obstétrical; 2° une lettre de M. le Dr Duclos, professeur de clinique médicale à l'école de médecine de Tours, qui se porte candidat au titre de correspondant.

DÉCLARATION DE VACANCE. — M. *le Président* déclare une place

vacante dans la section d'accouchement par suite de la mort de M. Blot.

Des signes de la mort. — M. le Dr *Bénard* (de Versailles) lit un mémoire dans lequel il veut montrer que le seul signe certain de la mort est la putréfaction. Aussi demande-t-il que l'on ne donne pas de permis d'inhumer avant que les premiers symptômes de la putréfaction n'aient été constatés. M. Bénard appelle l'attention sur la nécessité d'enseigner, même dans les écoles, les moyens de prévenir les inhumations prématurées, d'organiser dans toutes les communes le service de constatation des décès et de multiplier le plus possible les dépôts mortuaires.

Sur la nature infectieuse du tétanos. — M. *L. G. Richelot* lit un travail basé sur deux observations et qu'il termine de la façon suivante :

« En résumé, ces deux observations, rapprochées l'une de l'autre, me paraissent établir nettement, comme tant d'autres faits aujourd'hui connus, la nature infectieuse et contagieuse du tétanos. Mais vous savez que les travaux récents vont plus loin, et cherchent à prouver que le tétanos nous vient du cheval. Là-dessus, l'histoire de mes malades n'apporte aucune preuve; le fumier de l'hôpital Tenon est un bien faible argument. D'autre part, les médecins de la marine nous assurent qu'ils ont observé le tétanos dans des milieux où l'influence du cheval ne pouvait être incriminée. La poussière de foin, dont l'inoculation paraît avoir réussi entre les mains de M. Rietsch, viendrait-elle un jour concilier les deux opinions rivales? Je n'insisterai pas davantage sur un côté de la question où je n'aurais à produire aucun argument personnel. » (Renvoyé à la commission déjà nommée pour examiner le travail de M. Paul Berger sur le même sujet; M. Verneuil, rapp.).

Traitement du cancer de la bouche. — M. *Prengrueber*. J'ai l'honneur de présenter à l'Académie un malade auquel il y a six mois j'ai dû enlever la plus grande partie de la langue, tout le plancher de la bouche et une grande étendue du maxillaire inférieur, pour remédier à un volumineux cancer ulcéré.

La grande étendue de la perte de la substance que j'ai dû faire pour enlever la totalité du mal, la guérison rapide et complète du malade, la situation satisfaisante dans laquelle il se trouve toujours à l'heure actuelle, donnent un intérêt tout particulier à l'observation de cet homme ; la voici résumée en quelques mots :

Il s'agit d'un homme de 43 ans, qui n'avait jamais été malade, jusqu'au moment où est apparue l'affection qui l'a amené à l'hôpital. Il n'est pas syphilitique, mais il avoue boire et surtout fumer d'une façon exagérée.

Vers le mois de mars 1887, il constata sur la partie médiane de ses gencives inférieures, une ulcération à laquelle il n'attacha d'abord pas grande importance, mais qui ne tarda pas à s'étendre et à envahir les parties voisines. Peu après, l'ulcération devenait le siège d'un écoulement sanieux, abondant et fétide ; elle s'accompagnait d'hémorrhagies fréquentes, que provoquaient les traumatismes les plus légers ; enfin, elle était douloureuse, et la douleur vive, lancinante, partant du siège du néoplasme, s'irradiait dans la tête, principalement du côté de l'oreille droite.

La déglutition, la mastication et la parole étaient devenues très difficiles, et l'état général du malade déclinait de jour en jour.

C'est dans ces conditions un peu tardives qu'il entra à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Péan. M. Péan étant à ce moment souffrant, voulut bien me confier le malade. Voici dans quel état je le trouvai à la date du 2 mars 1888.

Lorsqu'il ouvre la bouche, ce qui ne peut être obtenu qu'avec difficulté et incomplètement, on constate que la branche horizontale de la mâchoire inférieure et les gencives correspondantes, la totalité du plancher de la bouche, et la portion attenante de la base de la langue, sont remplacées par un tissu dur, mamelonné, bourgeonnant, ulcéré et ramolli par places ; l'exploration de la région sous-maxillaire montre qu'elle est remplie par des prolongements du néoplasme buccal ayant envahi les glandes sous-maxillaires et les ganglions ; notons enfin que des prolongements de ce même néoplasme peuvent être suivis du doigt jusqu'au voisinage des piliers antérieurs. Du côté droit, ils font sur le bord de la langue une saillie plus volumineuse qu'une grosse amande. En somme, on peut estimer que la langue, complètement immobilisée par le néoplasme, est envahie dans les trois quarts de sa substance environ. Il ne reste plus que la muqueuse dorsale qui avoisine l'épiglotte, doublée d'une couche peu épaisse de substance musculaire.

La déglutition, la parole sont extrêmement gênées, il s'écoule constamment de la bouche un mélange de salive, de sanie purulente et de sang ; enfin le malade souffre atrocement, il ne dort pas, et son amaigrissement, la teinte terreuse de sa peau, indiquent un état cachectique avancé.

Voici l'opération que j'ai pratiquée. Je fais une longue incision parallèle au bord inférieur du maxillaire, et ayant l'étendue de ce bord, remontant même sur le bord postérieur de la branche montante à droite.

Disséquant la lèvre antérieure de l'incision, je taille un vaste lambeau comprenant toute la lèvre inférieure et une partie de la joue. Dans ce lambeau j'ai conservé la partie inférieure du périoste maxil-

laire. La partie supérieure envahie par le néoplasme est laissée adhérente au maxillaire. L'os est ensuite scié en deux endroits au moyen de la scie du polytritome. A gauche l'incision porte à 1 centimètre en avant de la branche montante, à droite elle porte sur la branche montante elle-même préalablement séparée du masseter sur une hauteur de 5 à 6 centimètres.

Cela fait, je dissèque la lèvre inférieure de l'incision de façon à former un lambeau avec la peau de la région sus-hyoïdienne. Les glandes et les ganglions sous-maxillaires, ainsi mis à nu, sont rattachés à la masse principale de la tumeur qui se trouvait ainsi libérée en avant et sur les côtés. Pour sectionner sa base, j'ai tout d'abord assuré l'hémostasie préventive au moyen des pinces courbées de Péan placées en travers de la langue en arrière du néoplasme, et j'ai enlevé tout ce qui était placé en avant de ces mêmes pinces.

Après m'être assuré que je ne laissais pas de tissu morbide dans la plaie, j'ai rapproché mes lambeaux cutanés et je les ai suturés, sauf à leurs deux extrémités par lesquelles passaient les pinces hémostatiques laissées en place.

Les suites opératoires furent simples, et au bout de quarante-huit heures on enlevait les pinces.

On alimenta tout d'abord le malade avec la sonde œsophagienne, puis celle-ci devint inutile. Le 21 mars, le malade se promenait, et le 4 avril il quittait l'hôpital.

Aujourd'hui, 11 septembre, la plaie opératoire est parfaite. L'absence du menton est en partie dissimulée par la barbe, et la partie de la langue respectée, adhérant à la face postérieure de la cicatrice cutanée, forme un plancher buccal très satisfaisant ; toutefois nous devons signaler en dehors, le long de la carotide, loin de la plaie opératoire, un gros ganglion indolore et qui, paraît-il, reste stationnaire depuis plus d'un mois.

L'alimentation s'exécute facilement, au moyen d'un entonnoir muni d'un tube en caoutchouc, qui porte les aliments dans l'arrière-bouche. Le goût est parfaitement conservé. La parole est à peu près incompréhensible.

L'état général est aussi satisfaisant que possible, et malgré l'énorme difformité dont il est atteint, cet homme se rappelant l'état misérable dans lequel nous l'avons pris, se déclare heureux et reconnaissant de l'opération que nous lui avons faite et que deux chirurgiens qu'il avait vus avant nous lui avaient refusé. (Comm. : MM. Cusco, Polaillon, Péan.)

De l'entérite diarrhéique des jeunes chiens. — M. *Trasbot* fait un rapport sur un travail envoyé par M. Martin, chef des travaux cliniques à l'école vétérinaire de Lyon. L'auteur a voulu démontrer

que la maladie dont il parle est de nature microbienne et identique à la diarrhée verte des enfants. Malheureusement cette idée, exacte peut-être, n'est pas suffisamment établie par les faits recueillis jusqu'à ce jour pour être acceptée dès maintenant comme vérité scientifique. De nouvelles preuves expérimentales sont encore nécessaires pour la mettre à l'abri de toute contestation.

M. Trasbot cite des faits qui montrent qu'un écart de régime, une alimentation excessive à un moment donné dans quelques cas, insuffisante, mauvaise ou mal adaptée à l'organisme dans d'autres, constitue une condition nécessaire de l'apparition de la maladie. Si ce n'est pas la seule condition, les autres au moins ne sont pas encore démontrées.

PRIX VERNOIS. — M. *Trasbot* lit un rapport sur les divers travaux envoyés pour le concours du prix Vernois. Les conclusions de ce rapport seront lues en comité secret.

A 5 heures, l'Académie se forme en comité secret.

NÉCROLOGIE

Le Dr BONNANS père, maire de Les Cabannes (Ariège), conseiller général du canton, chevalier de la Légion d'honneur, reçu docteur en 1834. Le Dr Bonnans laisse un fils qui exerce dans la même localité.

Le Dr CHALLAND, directeur de l'asile d'aliénés de Céry, canton de Lausanne. Le Dr Challand était un élève de notre Faculté de Paris et il avait bravement fait son devoir dans nos ambulances pendant la campagne de 1870-1871.

NOUVELLES

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé chevalier, M. le Dr Bourienne, professeur d'accouchements et de gynécologie, directeur de l'École de médecine et de pharmacie de Caen.

LE NOMBRE DES MÉDECINS EN ANGLETERRE. — D'après un rapport récemment publié, le *General medical Concil* constate l'augmentation de ce nombre, dans la proportion de 21 0/0. Il s'élevait en 1887 à 16,930, soit un médecin pour 1,662 habitants. En 1881 on comptait un praticien pour 1,747 habitants. Brighton en compte un pour 727 habitants, Londres, un pour 929, et Salford, 1 sur 3,908.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 108. SAMEDI 15 SEPTEMBRE 1888.

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

SIROP & PÂTE de BERTHÉ

Pharmacien, Lauréat des Hôpitaux de Paris.

« La *Codéine pure* dit le professeur Gubler (*Commentaires thérapeutiques du « Codex*, p. 587) doit être prescrite aux personnes qui supportent mal l'opium, aux « enfants, aux femmes, aux vieillards et aux sujets menacés de congestions cérébrales. »

Le **Sirop** et la **Pâte Berthé** à la *Codéine pure* possèdent une efficacité incontestable dans les cas de **Rhumes, Bronchites, Catarrhe, Asthme, Maux de Gorge, Insomnies, Toux** nerveuse et fatigante des **Maladies de Poitrine** et pour calmer les **Irritations** de toute nature.

« Les personnes qui font usage de **Sirop** ou de **Pâte Berthé** ont un sommeil calme, et réparateur jamais suivi ni de lourdeur de tête, ni de perte d'appétit ni de constipation.

Prescrire et bien spécifier **Sirop** ou **Pâte Berthé** *et comme garantie* exiger la **Signature Berthé** et le **Timbre bleu** de l'État français.

Paris, CHEZ **CLIN & Cie**, 14, RUE RACINE, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE, **Paris.**
Et par l'entremise des Pharmacies de France et de l'Étranger.



BISMUTH-ROGÉ

CHAQUE TABLETTE CONTIENT EXACTEMENT

50 Centigram. de S. N. de Bismuth

Dérangements intestinaux, Diarrhées chroniques, Diarrhée infantile, Affections catarrhales des organes digestifs.

D'un goût agréable, ces tablettes renferment sous un petit volume une dose notable de Bismuth et suppriment l'emploi des potions d'une conservation difficile.

DANS TOUTES LES PHARMACIES

COTON IODÉ

Préparé par J. THOMAS, Pharmacien de 1re Classe
Ex-préparateur de l'école supérieure de pharmacie de Paris, — 48, avenue d'Italie, Paris

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *coton iodé*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté, il remplace avec avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, les emplâtres émétisés, le thapsia et souvent même les vésicatoires. On a obtenu le succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris; le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genoux, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc. ont été guéris sans lésion de la peau en un court espace de temps. — *Prix du flacon en France*: 3 fr. 50. — *Se trouve dans toutes les pharmacies.*



35e Année. — Tome II. N° 108 Samedi 15 Septembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De la réunion par première intention pour la cure rapide de la fistule à l'anus,

Par le Dr Verchère,
Ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté.

Les procédés mis en pratique pour la cure de la fistule anale ont été depuis un long temps multipliés : les chirurgiens adoptant tel ou tel souvent pour l'avoir vu employé ou pour l'avoir plus fréquemment appliqué. Très souvent tous ou presque tous les procédés mis en usage donnent des résultats qui jusqu'à nos jours paraissaient suffisants. La guérison était obtenue, c'est tout ce que l'on pouvait demander au mode opératoire.

Ajoutons que les graves complications qui assombrissaient le tableau des opérations pour la fistule à l'anus sont devenues pour beaucoup de chirurgiens soigneux des souvenirs lointains et ne doivent plus réapparaître. L'infection purulente qui suivait si fréquemment l'incision simple d'un trajet fistuleux doit avoir fui pour toujours les services hospitaliers où l'on fait de la vraie chirurgie.

L'écraseur linéaire, l'écraseur de Chassaignac, la ligature élastique, le thermo-cautère, etc., furent les moyens employés pour éviter cette redoutable éventualité. Mais actuellement qu'elle n'est plus à craindre ou tout au moins que l'on peut éviter son apparition par l'antisepsie, il était naturel de songer à revenir à la méthode la plus simple, à l'instrument le plus répandu, à l'incision et au bistouri.

Bientôt on voulut encore faire mieux et au cito, au tuto, on voulut joindre le jucunde. Guérir était bien, on voulut guérir vite. Après avoir détruit le trajet fistuleux on voulut reconstituer l'anus par la suture et la réunion immédiate.

Cette tentative fut faite en 1852 par Chassaignac qui en rapporte l'histoire dans son traité de l'écrasement linéaire, mais le résultat ne fut pas favorable, tout au moins faut-il le croire, puisque c'est à l'écraseur qu'il donne la préférence. De nouveau mise en pratique la réu-

nion par première intention fut adoptée en Amérique, puis en Russie, en Italie, et enfin par un certain nombre de chirurgiens de son pays d'origine, de France.

Emmet, Weir, Lange et Chamberlain, de New-York, Jenks, de Chicago, eurent de brillants succès; puis parut, dans le *Medical Record* de New-York, un important travail de Stephen Smith sur la réunion immédiate et la cure rapide de la fistule à l'anus. Vincenzo Torini publia cette même année, dans *la Sperimentale*, un mémoire sur le traitement de la fistule anale par la réunion primitive. Enfin, Rydowski, de Moscou, dans le *Medicisna Obozrenie Mosk.*, a publié une observation de fistule opérée avec suture.

En France, quelques chirurgiens tentèrent ce nouveau mode opératoire : citons MM. Terrier, Brun, Bazy, Ch. Nélaton, puis parut alors un travail auquel nous avons en grande partie emprunté cet historique, la thèse de M. Longo, intitulée : Recherches sur la cure rapide de la fistule anale. Quelque temps après cette thèse, eut lieu une importante discussion à la Société de chirurgie, à propos de neuf observations présentées par M. Quénu.

De cette discussion à laquelle prirent part MM. Segond, Berger, Pozzi et Terrillon, il semble résulter que la réunion par première intention ne doit être cherchée que dans les cas où la fistule est simple, ne remonte pas très haut, et qu'il faut se tenir prêt à enlever très rapidement les points de suture si quelques phénomènes fébriles apparaissaient, si quelques douleurs de rétentions purulentes survenaient au niveau de la région opérée. Ajoutons aussi, avec M. Longo, que ne sont pas justiciables du procédé les fistules entourées, dans un large rayon, de tissus pathologiques, et quelques fistules coïncidant avec des hémorrhoïdes.

Malgré ces conclusions, malgré ces travaux, les observations relatant un succès absolu ne se sont pas multipliées outre mesure. C'est que là, plus que partout ailleurs, si l'on veut obtenir le succès il faut exagérer, outrer les précautions antiseptiques.

Il faut, oserais-je dire, en faire trop pour en faire assez. Longo insiste avec juste raison sur les précautions à prendre. Voici celles que j'avais indiquées à un malade que je délivrai en huit jours d'une fistule anale.

C'était un jeune homme de 29 ans, et portant une fistule longue de 3 à 4 centimètres, complète, dont l'orifice rectal était à 4 centimètres à peu près de l'anus. Pendant les trois jours qui précédèrent l'opération, je lui fis prendre chaque matin une purgation légère, deux verres d'une eau purgative, puis, matin et soir, un lavage du rectum avec une solution saturée d'acide borique. Après chaque garde-robe devait être fait un même lavage. Dans l'intervalle des

garde-robes le malade maintenait en permanence une mèche de gaze iodoformée dans l'anus et une compresse trempée dans une solution à 1/1000 de sublimé.

Le matin de l'opération, il dut prendre un bain.

L'opération fut conduite de la façon la plus simple, et telle qu'elle est décrite dans la thèse de Longo.

Je pris sur ma sonde cannelée le pont cutanéo-muqueux formant la paroi inférieure de la fistule et le sectionnai, puis, avec une pince à griffe et un bistouri, je disséquai et enlevai soigneusement tout le trajet.

Pour faire facilement cette dissection, je fis préalablement la dilatation anale avec le spéculum dilatateur de Trélat et maintins l'anus largement béant avec l'écarteur à large valve de Richelot.

Lorsqu'il existe plusieurs trajets, on doit leur faire subir la même dissection. Si celle-ci est impossible, il est permis de se contenter du râclage consciencieux des trajets avec la curette tranchante.

Pour éviter une inondation fécale, d'ordinaire peu à redouter si l'on a fait suivre exactement le traitement préopératoire que j'avais fait suivre à mon malade, on peut introduire avant toute incision un fort tampon de gaze iodoformée fermant exactement la lumière du rectum au niveau de l'extrémité profonde de l'écarteur. Ce tampon a encore un autre avantage, il déplisse et soutient la muqueuse rectale et empêche en grande partie sa procidence qui, dans nombre de cas, peut venir gêner l'œil du chirurgien pendant la dissection du trajet fistuleux.

On recommande, pour faire le point de suture, soit le catgut, soit le crin de Florence. C'est à ce dernier que je crois devoir donner la préférence. En effet, chez mon malade, les sutures au catgut me firent craindre un moment un échec. Il n'y avait eu à aucun moment de douleur. En aucun point n'était apparu de suppuration. La température était restée parfaitement normale. Et le sixième jour, lorsque je regardai pour la première fois la région, je fus fort surpris et contrarié de voir que deux de mes points de suture extérieurs du côté de la peau étaient résorbés. Il y avait là une légère tendance à la désunion superficielle. Les parties n'étaient pas encore assez solidement soudées et je pouvais craindre que n'ayant plus le soutien donné par le fil, la désunion se produisît dans toute l'étendue, surtout si mes fils profonds étaient de même résorbés.

Heureusement qu'il n'en fût rien et que le dixième jour, le malade ayant été à la selle et après avoir nettoyé la région, je pus constater la réunion parfaite, absolue et complète. Néanmoins, la résorption du catgut peut, dans certains cas, être trop rapide, et par suite ne pas laisser à la cicatrice le temps de se faire assez solide

pour résister à la première garde-robe, et je crois qu'il vaut mieux avoir à retirer ses points de suture au dixième jour comme on est forcé de le faire en employant le crin de Florence plutôt que de s'exposer à un échec par insuffisance de durée du catgut.

Comment doivent être faites les sutures? Suivant deux plans répondant aux deux plans de la région normale. Un plan muqueux, reformant la paroi postérieure du rectum, un plan cutané perpendiculaire au premier. Si l'on emploie le crin de Florence, on devra faire la suture à points séparés; mais on aura soin comme dans la périnéorrhaphie par la méthode d'Emmet de faire ses points de sutures interstitiels, c'est-à-dire que du point d'entrée au point de sortie le crin devra toujours rester dans l'épaisseur des tissus, de façon à accoler la plus grande sur étendue possible de surfaces cruentées et aussi de ne laisser aucun vide par lequel pourrait s'infiltrer quelque liquide, ou même quelque gaz septique.

La suture faite, on effectue un lavage avec du sublimé, puis on retire le tampon rectal souillé, et on le remplace par un tampon de gaze iodoformé propre, dans lequel passe une sonde de caoutchouc rouge qui permettra aux gaz de sortir sans inoculer la plaie. Puis on introduit une mèche iodoformée enduite de pommade boriquée et on recouvre le tout avec de la gaze iodoformée ou mieux de l'ouate hydrophile trempée dans une solution de sublimé. Un bandage en T maintient le pansement. Le malade est couché sur le dos, les jambes légèrement fléchies et rapprochées.

Parfois, et mon malade a présenté cette complication, il peut survenir de la rétention d'urine. La sonde en caoutchouc rouge remédiera facilement à cet inconvénient.

La température doit rester normale. — Comme régime on donnera au malade de la viande saignante, ou crue, peu d'aliments, peu de liquides. — On donnera des pilules d'extrait thébaïque, de 0,05 à 0,10 centigr. par jour. — Des pilules de naphthol comme le recommande le professeur Bouchard pour la désinfection intestinale ou la préparation suivante que recommande Longo.

Iodoforme....................	2 grammes.
Extrait d'absinthe..............	Q. S.
Coumarine....................	0,50 centigr.

F. S. A. 30 pilules, 4 par jour

Les premières garde-robes devront être facilitées soit avec une légère pungation, eau de Pullna, de Rubinat, et des lavements auxquels on ajoutera une cuillerée d'huile d'olive, ou de glycérine ou avec une solution de chloral au centième (Longo).

Si avant la réunion le sujet allait à la garde-robe, il faudrait aussitôt pratiquer un lavage au sublimé (solution au 1/1000) et renou-

velér le pansement en appliquant un nouveau tampon rectal pour remplacer celui qui aura presque toujours été chassé par les matières fécales.

Quelles complications doit-on craindre? La suppuration, la formation d'un abcès, la rétention du pus, toutes complications que l'on doit écarter par les précautions méticuleuses et nécessaires sur lesquelles j'ai tant insisté, et auxquelles on devra toujours remédier facilement et hâtivement par l'ablation rapide des points de suture. Quel inconvénient alors d'avoir cherché à guérir son malade en dix jours au lieu de le guérir en un mois et demi? Aucun. La guérison se fait de la profondeur à la superficie exactement comme si l'on s'était contenté de l'ancien procédé.

En résumé excellente méthode pour qui veut s'astreindre aux règles de l'antisepsie et ne présentant d'autre danger, en cas d'insuccès, si le chirurgien surveille attentivement son malade et est rapidement résolu à ne pas poursuivre la réunion en cas de complications, que celui de ramener le patient dans les conditions où il aurait été si on l'avait traité immédiatement par l'incision simple sans suture.

PHYSIOLOGIE.

Action physiologique du chlorure d'éthylène sur la cornée (1).

Par M. Raphael Dubois.

Dans une note précédente (2), nous avons signalé un phénomène singulier, qui s'est présenté au cours des expériences entreprises avec la collaboration de M. Léon Roux, maître de conférences de chimie à la Faculté des sciences de Lyon, pour déterminer les relations existant entre les propriétés physico-chimiques des composés chlorés de l'éthane et leur action physiologique. Nous avons montré que le chlorure d'éthylène ($C^2H^4Cl^2$), introduit dans l'organisme par une voie quelconque, produisait, chez le chien, plusieurs heures après le réveil, une opacité tout à fait singulière de la cornée.

Quelle est la nature de cette altération et par quel mécanisme se produit-elle (3)?

L'opacité cornéenne survient après l'élimination du chlorure d'éthylène. Elle est constituée par la formation d'un réseau dont les

(1) Note présentée par M. Brown-Séquard à l'Académie des sciences.

(2) Voir Comptes rendus, t. CIV. n. 26, 1887.

(3) Nous ne donnons ici que les conclusions du Mémoire, qui sera publié dans les *Archives de physiologie*.

mailles, d'une teinte blanc bleuâtre à contours flous, feraient croire tout d'abord à la formation d'une véritable vascularisation lacunaire du tissu cornéen.

Au bout de plusieurs mois, cette opacité disparaît de la périphérie vers le centre par élargissement et effacement progressif des mailles du réseau.

Sur une coupé, on constate que la cornée devenue opaque est épaissie, surtout vers le centre, où elle acquiert deux à trois fois l'épaisseur d'une cornée normale. Cet épaississement explique la déformation de la courbure cornéenne et la résistance plus grande à la pression qui pourrait faire croire à une augmentation de tension intra-oculaire.

En réalité, l'opacité, l'épaississement et la déformation cornéenne sont dus à une infiltration lymphatique des cellules à protoplasma vitreux et surtout au gonflement des éléments conjonctifs de la trame cornéenne. On ne rencontre ni granulations graisseuses, ni aucune autre altération pouvant faire croire à un processus inflammatoire.

Dans nos expériences, les vapeurs de chlorure d'éthylène n'ont pas pu agir directement sur la cornée. Le résultat a été le même quand on s'est servi de la voie hypodermique ou que l'on a fait l'occlusion parfaite d'un des deux yeux pendant l'inhalation.

L'instillation de chlorure d'éthylène entre les paupières ne détermine qu'une vive irritation et l'extirpation préalable des glandes lacrymales n'empêche pas l'opacité de se produire.

On ne saurait attribuer cette lésion aux mêmes causes que celles qui déterminent les désordres consécutifs à la section du nerf de la cinquième paire. Dans notre cas, la sensibilité est conservée et il n'y a pas d'ulcérations consécutives.

On ne peut pas non plus accuser la tension intra-oculaire exagérée, puisqu'elle n'est qu'apparente, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Mais, si l'on introduit une goutte de chlorure d'éthylène dans la chambre antérieure, on voit au bout de quelques heures se produire les accidents signalés. Il est évident que l'humeur aqueuse se charge de chlorure d'éthylène pendant l'anesthésie et que, par cet intermédiaire, l'action se produit par la face postérieure de la cornée.

On peut reproduire le phénomène. Un fragment de cornée, placé dans de l'humeur aqueuse saturée de chlorure d'éthylène ou mieux directement dans ce liquide, se déshydrate rapidement et diminue d'épaisseur ; mais, transporté de nouveau dans l'humeur aqueuse ou dans l'eau pure, il se gonfle outre mesure et acquiert par son hydratation deux à trois fois l'épaisseur de fragments témoins abandonnés dans l'eau pure et qui n'ont pas subi l'action du chlorure d'éthylène.

Cette simple expérience nous explique ce qui se produit pendant l'anesthésie par le chlorure d'éthylène (astigmatisme irrégulier), et après le réveil (opacité, épaississement, déformation des courbures normales de la cornée).

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

L'OPHTHALMOPLÉGIE EXTERNE ET LES PARALYSIES DES NERFS MOTEURS BULBAIRES DANS LEURS RAPPORTS AVEC LE GOITRE EXOPHTHALMIQUE ET L'HYSTÉRIE. — M. Gilbert *Ballet*, agrégé de la Faculté et médecin des hôpitaux de Paris, publie dans la *Revue de médecine* (juin et juillet 1888), un mémoire dont voici les conclusions :

1° On sait que l'*ophthalmoplégie externe* consiste dans la paralysie des muscles moteurs du globe de l'œil, avec intégrité possible des fonctions du releveur de la paupière et conservation constante des mouvements du constricteur de la pupille et du muscle de l'accomodation.

2° Ce syndrome peut s'observer chez les individus atteints à la fois de goître exophthalmique et d'hystérie, d'hystérie seule, de goitre exophthalmique seul.

3° Dans ces cas l'ophthalmoplégie externe signifie qu'il existe une paralysie des nerfs moteurs oculaires, dont la cause, certainement centrale, réside au niveau ou au-dessus de l'origine réelle de ces nerfs.

4° La coïncidence possible de l'ophthalmoplégie externe et du goitre exophthalmique constitue dès lors un argument en faveur de la théorie qui rattache la maladie de Basedow à un trouble du système nerveux central, particulièrement à un trouble bulbaire.

5° On peut d'ailleurs observer chez les individus atteints de goitre exophthalmique la paralysie des autres nerfs moteurs émanés de la moelle allongée, branche motrice du trijumeau, nerf facial, nerf grand hypoglosse. Ces symptômes inconstants ont la même signification pathogénique que l'ophthalmoplégie.

6° Les troubles habituels de la maladie de Basedow relèvent eux-mêmes de paralysies bulbaires nucléaires, paralysie nucléaire du pneumogastrique, qui engendre la tachycardie et quelquefois la dyspnée, les troubles gastriques ; paralysie des centres vaso-moteurs qui donne naissance aux poussées congestives de la face et du cou.

Le goitre et l'exophthalmie résultent de la coïncidence de ces deux ordres de troubles : paralysie vaso-motrice et tachycardie.

7° Ces diverses paralysies ne dépendent pas d'une lésion matérielle. Ce sont de simples troubles fonctionnels susceptibles d'amélioration ou d'aggravation, de guérison et de récidives.

8° Il résulte de ce qui précède que la maladie de Basedow est avant tout une *névrose bulbaire.*

9° Souvent cependant les troubles fonctionnels se diffusent au delà de la sphère d'action de la moelle allongée : aux désordres d'origine bulbaire s'ajoutent alors des troubles d'origine médullaire ou corticale.

10° La maladie de Graves s'associe fréquemment à d'autres névroses : hystérie, épilepsie, vésanies. Cela tient à ce qu'il y a, entre ces affections et le goitre exophthalmique, affinité de nature. Toutes en effet font partie de la famille névropathique (Charcot, Féré) et se développent sur un terrain préparé d'ordinaire de longue date par une hérédité défectueuse.

VARIÉTÉS

La maladie de l'empereur d'Allemagne.

Nous empruntons les réflexions suivantes au *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* de M. Lucas-Championnière, et nous nous y associons complètement.

Il est difficile, même sans consacrer un article considérable à la question, de ne point parler de la maladie de l'empereur Frédéric. Nous nous en sommes occupé une première fois. Après le dénouement, nous avons aujourd'hui la preuve que nos prévisions étaient exactes.

M. Mackenzie va, dit-on, publier un volume pour se défendre des attaques virulentes des médecins allemands. Il est difficile de croire que ce volume puisse changer beaucoup les faits aujourd'hui historiques. Il n'aura guère qu'à mettre en lumière des procédés peu confraternels et des relations sociales qui manquent d'aménité.

La question scientifique et la question de pratique restent entières. Que le Kronprinz et l'empereur d'Allemagne, comme la plupart des grands de la terre, ait été assez mal soigné, c'est chose probable et l'on peut dire naturelle. Il y a pourtant à ajouter quelque chose d'instructif pour tout le monde dans l'histoire de son cas.

En somme, on peut réduire l'histoire aux termes suivants. L'année dernière, enrouement. Au laryngoscope on constate qu'une corde vocale porte une *verrue* de très petit volume. Le spécialiste allemand amené par le médecin ordinaire pense trouver un beau succès en enlevant la petite tumeur ; il le fait : aucune amélioration. Bergmann propose d'abord d'ouvrir le larynx et d'extirper directement la tumeur.

Peut-être cette proposition était-elle prématurée, mais elle était la seule raisonnable. Il faudrait bien que le public se déshabituât, en

même temps que beaucoup de médecins, d'admettre que toute opération faite par les voies naturelles est plus simple que celles faites par un orifice pratiqué artificiellement. Ce qui était vérité il y a dix ans est erreur aujourd'hui. L'ouverture du larynx que j'ai eu l'occasion de faire plusieurs fois n'est pas plus grave que la trachéotomie, et sauf certaines interventions pour des polypes laryngiens très bien pédiculés, la laryngotomie est infiniment plus simple que les opérations faites à l'aide du laryngoscope. Elle a l'avantage d'être complète; c'est la seule opération avec laquelle on voit bien ce que l'on fait.

La proposition du chirurgien Bergmann effraya et sir Morell Mackenzie entra en scène. Il promit d'opérer par le larynx et il le fit. Mais la tumeur tourmentée à Berlin et à Londres se mit à végéter. Il est vrai que dans les fragments enlevés Virchow ne trouva pas les caractères du cancer; on continua à prononcer les noms de verrue et de papillôme. Les choses empirent; le prince respire mal. Faut-il admettre, comme l'insinue gracieusement le rapport allemand, que dans sa première tentative opératoire, M. Mackenzie ayant blessé la corde vocale avait beaucoup aggravé la situation du patient. Ce serait un enfantillage même si cela était vrai.

La cachexie ne venait pourtant pas. On partit pour San Remo. Là on propose au Prince de lui enlever le larynx. Cela avait déjà été proposé à Berlin. Cela n'avait pas de bon sens et on refusa. La trachéotomie fut faite sous la pression de l'asphyxie, ce qui était une faute. Il fallait carrément la faire aussitôt qu'il y avait eu encombrement du larynx, mortification et putréfaction de fragments de tumeur.

L'empereur part pour Berlin et agonise pendant deux mois surtout avec des accidents pulmonaires.

On fait l'autopsie; on devait, suivant les pronostics allemands, trouver une tumeur ayant envahi l'œsophage, la base de la langue, les ganglions du cou. Il n'en est rien : tumeur végétante à surface gangrenée, du pus *et un* ganglion dégénéré, la tumeur a végété en bas vers la canule. Les poumons sont altérés; on y trouve de la dilatation bronchique et de petits foyers purulents.

Sont-ce bien là les caractères d'un cancer dont la marche a été longue, somme toute? La description microscopique est aussi confuse qu'on puisse la souhaiter. Cela n'empêche pas de déclarer que c'était là un cancer et que M. Mackenzie était à la fois criminel et ignorant en le méconnaissant.

Qu'une tumeur de ce genre finisse quelque peu à la manière des cancers, cela nous semble incontestable. Mais qu'on ait eu le droit de dire, dès le début, que c'était un cancer, je ne suis pas de cet avis.

Voici comment on peut, je crois, reconstituer l'histoire patholo-

gique de l'empereur Frédéric. Il avait un papillôme d'une corde vocale qui, laissé bien tranquille, l'eût rendu quelque peu aphone, mais ne se serait accru que bien lentement.

On coupaille ce papillôme, il pousse ; cela est bien naturel ; on en porte un fragment à Virchow qui dit : « Cela n'est pas du cancer », et il a bien raison. On propose alors la seule opération rationnelle : laryngotomie et extirpation ; mais c'est un chirurgien ; les spécialistes ne s'en soucient guère. On opère à Londres comme à Berlin, par les voies naturelles ; ailleurs on en eût fait autant.

Au lieu de trachéotomiser de bonne heure, autant pour assurer l'intégrité des poumons que la liberté du cours de l'air, on attend à la dernière minute. Mais, à cette époque, pourquoi préférer l'extirpation du larynx, abominable opération laissant une atroce infirmité après avoir fait courir de grands dangers ? La laryngotomie n'ajoutait rien en gravité à la trachéotomie et risquait de guérir. Il fallait encore commencer par là. J'ai eu, dans un cas de ce genre, une guérison durable absolument inattendue. Cette opération a en outre l'immense avantage d'empêcher la chute des débris de tumeur dans les bronches : je puis citer ce fait aujourd'hui que l'empereur est mort.

Mais le trouble était si grand que l'on ne trouva pas moyen de construire des canules convenables. Les débris de tumeur, le pus tombaient sans cesse dans les bronches et le malade succombe avec une sorte de pneumonie septique.

Ce fameux cancer du larynx est-il cancer au véritable sens du mot? Pas de propagation, un seul ganglion, permettant d'admettre qu'au moins la lésion avait été si longtemps localisée qu'on aurait pu faire quelque chose.

Il est bien certain que l'empereur Frédéric a été soigné beaucoup plus mal que ne le serait le premier venu parmi les malades d'hôpital, au moins en France. Ce n'était peut-être pas une raison pour crier si fort sur sir Morell Mackenzie, car les médecins allemands ont encore pris une belle part à ces soins. Dans ce fameux rapport de plaintes sur le médecin anglais, il y a un passage qui fait rêver. Les médecins allemands se plaignent qu'on ne leur ait pas permis d'examiner assez souvent le patient. Il semblerait, à les entendre, que ce pauvre homme n'ait pas encore assez souffert de toutes ces ambitions anatomo-pathologiques.

Il y a vraiment pour nous autres qui ne sommes pas les grands de la terre une consolation : c'est que, malades, nous avons chance d'être mieux soignés et qu'à l'occasion on nous laissera mourir un peu plus tranquillement.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Est promu au grade de grand officier M. le Dr Didiot, directeur de l'Ecole de santé du Val-de-Grâce.

Est nommé chevalier M. le Dr Guindey, chirurgien en chef de l'hospice d'Evreux.

Asile d'aliénés en Grèce. — On vient d'ouvrir à Attica le premier asile d'aliénés de la Grèce. Jusqu'à ce jour on enfermait les personnes atteintes d'aliénation mentale dans les couvents.

La concurrence médicale en Allemagne. — Le journal *Allgemeine medizinal Zeitung* raconte un fait qui dépeint bien l'intensité de la concurrence des médecins de campagne en Allemagne. Dans un village, un crieur public annonçait au son des trompettes que le docteur un tel faisait des visites à raison de 60 pfnings (75 centimes). Deux heures plus tard ce même crieur informait ses concitoyens qu'un autre docteur ne voulait prendre que 50 pfnings (60 centimes) par visite.

Femme-pharmacien. — Nous lisons dans les Actes du Conseil d'hygiène de la Gironde que, pour la première fois dans ce département, une pharmacie est tenue par une femme reçue pharmacien.

Pour les adversaires de la loi Roussel. — Il existe encore seize Conseils généraux qui refusent toute allocution pour l'application de la loi Roussel, ou n'accordent que des crédits insuffisants.

Au nombre des départements qui ont longtemps contesté l'utilité de cette loi, citons l'Orne et l'Ille-et-Vilaine. Pour donner une idée des abus que la loi Roussel a rendus dans ces deux départements, nous détacherons de l'article de M. J. de Crisenoy, sur les travaux des Conseils généraux le passage suivant : « Dans l'Orne, où l'industrie nourricière est très développée, la mortalité frappait le tiers des enfants placés en nourrice, et les faits les plus révoltants ont été dénoncés par les maires dans l'Ille-et-Vilaine ; l'inspecteur a fait interdire une nourrice chez laquelle étaient morts, en dix-huit mois, sept nourrissons âgés de 11 à 50 jours, et qui continuerait encore son honnête commerce si le Conseil général n'y avait mis bon ordre. Certaines nourrices et gardeuses tuent sciemment et volontairement les enfants par ce seul motif que l'enfant qui meurt promptement leur gagne dix fois autant que l'enfant vivant. »

La chevelure féminine. — A l'Académie des inscriptions et belles-lettres, le 17 septembre M. Le Blant donne lecture d'une note assez curieuse sur la chevelure des femmes. Il rappelle que de tout temps, aussi bien dans l'antiquité que sous l'ère chrétienne et de nos jours, on l'a entourée de soins tout particuliers. On sait le rôle que jouait la teinture dans la chevelure : les femmes blondes dont les grands peintres vénitiens nous ont laissé les portraits étaient des brunes teintes ; un vieux recueil conservé à la bibliothèque *Marciana*, intitulé le *Ricettario* de la comtesse Nani, nous fait connaître de quels parfums et de quelles drogues se servaient les femmes pour modifier la couleur de leur chevelure.

Les évêques, dès les premiers siècles, s'élevèrent contre ces pratiques

qui devaient conduire en enfer celles qui en faisaient usage ; faire de la sorte, ajoutaient-ils, — c'est se montrer au regret d'être nées Romaines et de n'avoir point reçu le jour en Gaule ou en Germanie ; c'est vouloir braver le Seigneur, qui a dit : « Qui de vous peut noircir un cheveu blanc et blanchir un cheveu noir ? « Saint Jérôme fulmine contre celles qui se percent les oreilles, se couvrent le visage de céruse et de pourpre et se teignent les cheveux de cette couleur qui présage les flammes de l'enfer. De leur côté, les rabbins disaient que le diable dansait sur les cheveux des femmes teintes. Dans les premiers siècles, on voit, à maintes reprises, le diable associé aux chevelures blondes ; M. Le Blant cite des cas d'exorcisme où l'esprit du mal s'était réfugié dans les cheveux dorés.

Sans parler de la légende de Samson, on sait que les anciens accordaient certains pouvoirs aux cheveux ; les Gentils pensaient qu'ils étaient le siège d'une vertu magique ; ils croyaient que les chrétiens martyrs puisaient en eux une partie de leur courage ; on raconte que les bourreaux, s'imaginant qu'une jeune vierge ne devait sa force de résistance qu'à sa chevelure, lui rasèrent la tête pour la déterminer à apostas[illegible]. Enfin, dans l'antiquité, nous voyons une divinité préposée à la chevel[illegible] une autre aux sourcils ; de ces derniers détails, M. Le Blant se dem[illegible] si les diverses parties du corps n'avaient pas toutes un dieu spécial.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du 2 au 8 septembre* 1888. — Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 2. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 3. — Diphtérie, Croup, 22. — Phthisie pulmonaire, 166. — Autres tuberculoses, 18. — Tumeurs cancéreuses et autres, 57.

Méningite, 29. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 36. — Paralysie, [illegible]. — Ramollissement cérébral, 13. — Maladies organiques du cœur, 47.

Bronchite aiguë et chronique, 30. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 26.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 137.

Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 18. — Sénilité, 26. — Suicides et autres morts violentes, 30. — Autres causes de mort, 149. — Causes inconnues, 15.

Nombre absolu de la semaine : 872. — Résultat de la semaine précédente : 853.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

LECROSNIER et BABÉ, libraires-éditeurs, 23, place de l'École-de-médecine.

Recherches cliniques sur le délire hypochondriaque, valeur séméiologique, par le Dr JOURNIAC, in-8 2 fr. 50.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

1110.6

[T]RENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 109. MARDI 18 SEPTEMBRE 1888

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome II. N° 109. Mardi 18 Septembre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

L'analyse spectroscopique du sang par la méthode hématoscopique du Dr Hénocque.

Sous le nom d'*hématoscopie*, M. le Dr Hénocque a institué une méthode d'analyse du sang applicable à la clinique et qui permet de doser en quelque sorte l'hémoglobine du sang et de traduire en chiffres précis l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine. Si cette méthode est assez exacte pour remplir ses promesses, on conviendra qu'elle est précieuse, car elle substitue des notions précises à des opérations vagues et nous donne en outre le moyen de nous rendre compte, du moins jusqu'à un certain point, de l'état de la nutrition. L'hématoscopie telle que l'a imaginée le Dr Hénocque répond ainsi à cette tendance qui pousse les observateurs de notre époque à remplacer les données toujours variables d'impressions subjectives par des procédés de mensuration que tout le monde peut facilement contrôler, et qui, par la perfection des instruments et des procédés, donne des résultats précis d'une grande valeur. En exposant aujourd'hui les travaux de M. Hénocque d'après les leçons qu'il a faites au Collège de France, nous espérons que chacun se rendra compte de la perfection des procédés et des services qu'ils peuvent rendre dans la clinique.

I. — *Caractères et propriétés de l'hémoglobine et de ses dérivés*

La méthode hématoscopique repose tout entière sur l'examen des caractères que fournit la matière colorante du sang ; la richesse, la pauvreté de ce liquide nous sont données directement par la quantité d'hémoglobine renfermée dans un volume donné de sang. Ainsi l'appréciation qui se base uniquement sur la numération des globules est incomplète ou même fautive, puisqu'avec un nombre normal de globules, la matière colorante, qui représente, comme on l'a dit, la valeur de notre monnaie respiratoire des globules, peut être en même temps considérablement diminuée. Bien que l'hémoglobine soit renfermée dans les globules, on peut cependant dire que le sang en

est une solution, car on obtient toujours les mêmes caractères à l'examen spectroscopique, que l'hémoglobine soit dissoute ou non dans le sérum.

L'hémoglobine possédant la propriété de fixer l'oxygène se présente dans le sang sous deux états, d'*hémoglobine oxygénée* et d'*hémoglobine réduite*; la première est désignée sous le nom d'*oxyhémoglobine*. Celle-ci est contenue dans les globules rouges et peut en être extraite sous forme de cristaux. Rollet a obtenu très simplement la cristallisation par l'action du froid. Du sang défibriné tombe goutte à goutte dans un vase entouré d'un mélange réfrigérant; en portant la température à 20°, le sérum dissout la matière colorante; par la réfrigération ou par l'addition d'alcool ou d'éther, il se forme des cristaux d'oxyhémoglobine.

On peut séparer encore l'oxyhémoglobine des globules en soumettant le sang à l'étincelle électrique qui produit de l'ozone.

Kühne, Hoppe Seyler, Preyer ont indiqué pour obtenir l'oxyhémoglobine cristallisée des procédés que nous ne pouvons mentionner en raison de la complication des opérations. Si l'on veut observer au microscope des cristaux, on peut se servir du sang défibriné de cochon d'Inde, qui cristallise facilement, mais ces cristaux n'ont qu'une durée courte et ne se conservent pas. On les obtient plus facilement en faisant tomber goutte à goutte du sang de cobaye dans une solution de sulfate de soude et en le traitant par l'éther.

Les cristaux d'oxyhémoglobine ont une forme variable suivant la provenance du sang. Ceux qui proviennent du sang de l'homme et de la plupart des mammifères appartiennent au système rhombique. Ceux du cobaye se rapprochent du tétraèdre mais sont formés de moitiés de pyramides rhombiques.

Les cristaux chez l'homme forment des rectangles allongés ou des prismes à six pans; chez d'autres animaux les formes les plus communes sont des tablettes hexagonales, des tables rhombiques, des aiguilles ou des prismes allongés.

Les cristaux d'oxyhémoglobine ont une belle coloration rubis, ils sont transparents et biréfringents.

La composition de l'oxyhémoglobine n'est pas encore déterminée d'une façon définitive et malgré les analyses répétées, les formules qui en sont données présentent une complexité extraordinaire, telle que celle-ci :

$$C^{1200} H^{960} Az^{154} Fe^{2} S^{6} O^{364}$$

Ce qui nous montre déjà que la matière colorante du sang diffère des autres albuminoïdes par la présence du fer. Les analyses de

Zinoffsky sont plus précises ; cet auteur a opéré sur 100 litres de sang de cheval et a obtenu 200 grammes d'oxyhémoglobine dont il a établi ainsi la formule :

$$C^{712} H^{1130} Az^{214} FeS^{2} O^{245}$$

D'après cette formule, le fer se trouverait combiné au soufre dans la proportion définie de 1 atome de fer pour 2 atomes de soufre.

On peut doser l'hémoglobine par la quantité de fer et de soufre que renferme le sang, et la quantité de fer peut être prise pour fonction de la richesse du sang.

En admettant que l'hémoglobine contient 0,42 p. 100 de fer, la formule

$$\frac{100}{0{,}42} \times f = f \times 238$$

donne la quantité d'hémoglobine correspondant à la quantité trouvée de fer. C'est ce dernier coefficient qui a servi jusqu'en ces derniers temps au dosage de l'hémoglobine par le fer. Zinoffsky a montré que l'évaluation de la quantité de fer avait été exagérée, ce qui l'a conduit à proposer le chiffre de 320. Mais comme la plus petite erreur sur le dosage du fer est multipliée par ce dernier chiffre, on est obligé pour le moment de renoncer à faire l'analyse du sang par le dosage du fer.

L'oxyhémoglobine cristallisée ne peut se conserver indéfiniment que dans le vide; exposée à l'air et à l'humidité elle se transforme en ses dérivés qui possèdent d'autres formes cristallines; toutefois les cristaux d'oxyhémoglobine conservent leur forme dans l'oxyde de carbone, car ceux-ci sont isomorphes avec les cristaux de l'hémoglobine oxycarbonée. L'oxyhémoglobine n'est soluble dans l'eau que dans la proportion de 2 grammes p. 100; ce fait semblerait indiquer qu'il n'y a pas véritable dissolution dans le sérum, sauf dans l'hémoglobinurie. Les solutions peuvent se conserver pendant plusieurs jours. Au point de vue chimique, il faut se rappeler qu'elles ne doivent pas précipiter par le sublimé, l'acétate de plomb, ni présenter la réaction du phosphore. Toutefois il faut agir à zéro degré, car à une plus haute température les réactifs produisent des précipités.

L'oxyhémoglobine fixe l'oxygène en quantité assez grande ; 100 gr. de cette substance peuvent absorber 160 à 170 cc. d'oxygène. Il suffit de faire le vide pour voir l'oxyhémoglobine changer de couleur par suite de l'abandon de l'oxygène. C'est sur ces propriétés physiologiques qu'on a basé une méthode d'analyse du sang. Les agents réducteurs enlèvent à l'oxyhémoglobine son oxygène ; cette réduction a lieu surtout dans les tissus, la matière colorante abandonne son oxygène dans les capillaires et devient l'hémoglobine réduite, le

sang artériel prend alors les caractères du sang veineux, il devient plus foncé et si on l'examine au spectroscope on constate des différences considérables.

Certaines substances comme le nitrite de sodium, le nitrite d'amyle, produisent une altération grave du sang qui prend une teinte laquée. L'oxyhémoglobine se transforme en *méthémoglobine*, produit intermédiaire au point de vue de la quantité d'oxygène entre la première et l'hémoglobine réduite. La méthémoglobine présente au spectroscope trois bandes d'absorption, deux analogues à celles de l'oxyhémoglobine et une intermédiaire entre les deux. La présence de ce produit dans le sang est liée à certaines intoxications. L'hémoglobine se transforme en *hémoglobine réduite* en perdant tout son oxygène. On la rencontre seulement dans le sang veineux à l'état normal ; le sang des capillaires en renferme dans la cyanose ; lorsque la mort a lieu, tous les tissus renferment de l'hémoglobine réduite. L'analyse spectroscopique indique cette substance par une bande unique large, un peu diffuse qui occupe les trois quarts de l'espace D E en dépassant la ligne D vers C. On peut préparer l'hémoglobine réduite en faisant le vide sur l'oxyhémoglobine cristallisée, ce qui lui enlève l'oxygène. Les cristaux se dissolvent dans leur eau de constitution, car l'hémoglobine réduite est très soluble. Lorsqu'on porte une solution de cette matière à l'ébullition, il se produit un précipité rouge d'hémochromogène. L'hémoglobine réduite exposée à l'air absorbe l'oxygène ; elle se combine avec l'oxyde de carbone et le bioxyde d'azote.

Une des combinaisons les plus importantes est celle que forme l'hémoglobine avec l'oxyde de carbone, ce dernier gaz remplace l'oxygène et le produit se présente sous forme de cristaux semblables à ceux de l'oxyhémoglobine. Ces cristaux solubles dans l'eau donnent une solution rouge. Examinée au spectroscope l'*hémoglobine oxycarbonée* présente deux bandes caractéristiques très analogues à celles de l'oxyhémoglobine, mais qui en diffèrent par leur position relative dans le spectre ; tandis que la première bande de l'oxyhémoglobine cache la raie D en la dépassant à gauche, la même bande de l'hémoglobine oxycarbonée est légèrement reculée à droite, de manière à laisser voir cette raie D. La dernière bande est en tout semblable dans les deux cas.

En outre ces deux bandes persistent en traitant le sang par un agent réducteur, le sulfhydrate d'ammoniaque. Les caractères de l'hémoglobine oxycarbonée se conservent pendant des années.

Il existe plusieurs dérivés de l'hémoglobine que l'on peut observer dans la pratique.

L'*hématine* ou *hématine brune*, *oxyhématine* se produit lorsqu'on fait agir des acides, l'alcool, l'éther sur l'hémoglobine ; on la ren-

contre dans le sang des hématémèses, du melæna, de l'hématurie. Elle est constituée par une poudre brun rougeâtre d'aspect métallique; elle est insoluble dans l'alcool, l'eau, le chloroforme, soluble dans l'alcool acidulé ou alcalinisé, sa solution est brune et possède des reflets dichroïques.

L'hématine réduite, *hématine rouge* ou *hémochromogène* provient de la décomposition de l'hémoglobine réduite par les alcalis, les acides et les agents réducteurs. Elle absorbe l'oxygène pour se transformer en oxyhématine.

(*A suivre.*) L. Jumon.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Vessie irritable et mictions fréquentes chez la femme. — Le Dr *Duke*, gynécologiste du Steevens' Hospital, publie dans le *The medical Press* (5 septembre 1888) un article sur ces troubles, communs chez les femmes qui souffrent d'une affection interne et dont il n'est pas toujours facile de retrouver la cause.

Dans le cas où, après un examen complet, l'urine elle-même ne peut être mise en cause, et où les lésions utérines ne sont pas suffisantes pour provoquer par action réflexe ces troubles continuels, on est obligé de chercher une autre cause. Duke a remarqué dans un grand nombre de ces cas un aspect anormal du méat urinaire dont l'ouverture est beaucoup plus petite et plus arrondie, rappelant la forme d'un trou d'épingle, coïncidant avec un col utérin conique.

Le cas ainsi décrit est curable d'une façon relativement facile par la dilatation forcée du méat ou du canal de l'urèthre, mais Duke a noté un phénomène plus curieux; c'est l'émission d'une quantité considérable d'urine lorsque les lames du dilatateur sont ouvertes, même lorsque la vessie avait été peu d'instants auparavant vidée selon toute apparence par le cathétérisme; dans quelques cas même la quantité d'urine est largement égale à celle qui avait été retirée antérieurement.

Cela est toujours une énigme que de savoir d'où vient cette urine, car le diagnostic de la cystocèle est relativement facile et la dilatation de la vessie ne pouvait exister dans tous les cas où l'auteur a noté cette particularité. On sait que lorsqu'il y a une tendance au prolapsus utérin et que les parois vaginales sont relâchées, la cystocèle peut se montrer : la paroi postérieure de la vessie, perdant son support nécessaire, fait saillie en arrière dans le vagin et forme un sac suffisant pour contenir une quantité d'urine considérable, mais il ne s'agit pas ici de ces cas.

La dilatation du canal de l'urèthre est le traitement le plus efficace dans tous les cas où l'urine est normale et où il y a en même temps des spasmes et de l'excitabilité de la vessie, mais lorsqu'il existe manifestement un manque de tonicité de la vessie, un mélange à parties égales de fer, de poudre de cantharide et de poudre de noix vomique donne toujours des résultats satisfaisants. Dans certains cas exceptionnels, Duke s'est bien trouvé d'un vésicatoire appliqué sur le sacrum. En dernier ressort, il a employé avec succès l'électricité galvanique; il a eu les résultats les plus satisfaisants dans certains cas qui paraissaient incurables, par exemple chez une dame qui, depuis plus de cinq ans, portait nuit et jour un urinal.

BIBLIOGRAPHIE

—

Pathogénie et traitement de la kérato-conjonctivite phlycténulaire, par le Dr *Augagneur*, agrégé de la Faculté de médecine de Lyon, chirurgien en chef (désigné) de l'Antiquaille, in-8, 30 pages Lyon, 1888.

M. Augagneur commence son travail par une rapide description clinique de la kérato-conjonctivite phlycténulaire et il déclare, nous ne savons pourquoi, que le malade est le plus souvent un enfant de 4 à 12 ans. Avant l'âge de 4 ans, la kératite phlycténulaire est au contraire extrêmement commune ; cette restriction tiendrait-elle à ce que dans le service d'enfants scrofuleux dont est chargé M. Augagneur on ne reçoit que des malades de 5 à 15 ans ?

L'auteur continue : « L'affection débute par un petit point blanchâtre entouré d'un pinceau vasculaire et siégeant sur le lombe cornéen ». Ce petit point blanchâtre n'est nullement « entouré » d'un pinceau vasculaire, il représente le sommet de ce pinceau provoqué par lui. De plus la phlyctène siège très souvent en effet sur le limbe cornéen, mais elle peut également siéger sur tous les points de la cornée.

Dans les six premiers mois de l'année 1888, M. Augagneur a eu à traiter 40 cas de maladies oculaires, ce qui n'est guère, et il a recueilli 26 observations de kérato-conjonctivite phlycténulaire sur lesquelles son travail s'appuie. Son but est de démontrer que dans presque tous les cas les phlyctènes de la cornée succèdent à une rhinite.

Les observations qu'il publie en faveur de cette idée ne sont pas suffisamment démonstratives : Dans l'observation II, il n'est même pas question de kératite ; dans l'obs. III, il n'y a que des taies anciennes des cornées, dans l'obs. IV pas de kératite, dans l'obs. VI

pas de kératite, mais une conjonctivite granuleuse qui est tout à fait en dehors de la question; obs. VIII pas de kératite, obs. IX pas de kératite ou du moins simplement une « tache sur la cornée droite » qui n'était peut-être nullement consécutive à une phlyctène, et dont on ne voit nullement les relations avec une rhinite qui peut n'être survenue que très longtemps après ; de même dans l'obs. X il n'est parlé que d'une tache centrale et dans l'obs. XI il n'est même question d'aucune affection de la cornée. Mêmes remarques pour les obs. XIV, XVI et XXVI.

Dans une affection si commune, même croyons-nous dans la région lyonnaise où les scrofuleux ne manquent pas, il eût été sans doute facile à M. Augagneur de réunir en plus grand nombre des observations plus concluantes. Il aurait également pu nous dire si, dans les cas assez communs où la kératite phlycténulaire siège d'un seul côté, la rhinite existe du même côté ou surtout de ce côté-là.

Quoiqu'il en soit, voici l'idée de M. Augagneur : il attribue à la rhinite l'immense majorité des cas de kérato-conjonctivite phlycténulaire. Il existe dans les fosses nasales une lésion inflammatoire, microbienne puisqu'elle produit du pus. Le principe virulent passe du nez dans les voies lacrymales, pénètre dans la cavité conjonctivale, s'y inocule et de là passe dans la cornée. L'auteur trouve une confirmation de cette idée dans le fait que les phlyctènes débutent le plus souvent au-dessous de l'équateur du globe et toujours, dit-il, près du limbe conjonctival.

Comme conséquence, M. Augagneur dit supprimer toute médication active du côté des yeux et se borner à l'expectation pure et simple ; cependant toutes les fois que la cornée est atteinte il prescrit un bandeau flottant et un collyre à l'atropine, ce qui est la partie la plus importante du traitement actif de la plupart des praticiens. Il dirige toute son activité du côté des fosses nasales et emploie surtout une poudre antiseptique composée de camphre pulvérisé, acide borique et sous-nitrate de bismuth à parties égales, que les malades prisent dix à douze fois par jour. Sous l'influence de cette médication la rhinite et la kérato-conjonctivite se modifient toujours rapidement et parallèlement.

De quelle nature est cette rhinite ? M. Augagneur a réuni 28 observations. Dans 9 cas il n'y avait aucune conclusion pathogénique à en extraire. Dans 4 cas, l'inflammation nasale a paru consécutive à la rougeole, mais la cause la plus générale, celle que l'auteur considère comme presque unique, c'est l'impétigo du cuir chevelu inoculé aux fosses nasales. Les enfant s'inoculent la rhinite en mettant dans leur nez les doigts qui viennent de gratter leur cuir chevelu. L'impétigo du cuir chevelu est lui-même une affection micro-

bienne, sans relation aucune avec la constitution de l'enfant, à supposer que l'auteur admette encore des constitutions.

L'idée du distingué chirurgien de l'Antiquaille est ingénieuse, séduisante même, mais il lui manque d'être appuyée sur des bases plus larges. Avec une affection aussi fréquente que la kératite phlycténulaire (il n'est pas d'oculiste tant soit peu occupé qui n'en voit au moins un nouveau cas tous les jours) il est très facile de grouper rapidement un certain nombre de cas dans le but de démontrer n'importe quoi. Par exemple, et pour ne prendre qu'un point au hasard, on observe très fréquemment la coïncidence de la kératite phlycténulaire et de la carie dentaire et si l'on voulait prouver que la première est la conséquence de la seconde les observations arriveraient en foule à l'appui de cette opinion. Il ne faut donc pas oublier le travail de M. Augagneur, mais en réservant ses conclusions jusqu'au jour où elles seront mieux appuyées.

A. CHEVALLEREAU.

TRAITÉ D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE. Recherches physiologiques et cliniques, par les Drs *E. Onimus* et *Ch. Legros*. 2e édition, revue par le Dr E. Onimus, in-8°, 1088 p., Paris F. Dekan, 1888.

La première édition de cet ouvrage avait eu un légitime succès. M. Onimus, le seul survivant des deux auteurs, tout en respectant l'ordre suivi dans la première édition, a fait subir au livre des modifications nombreuses. Plusieurs chapitres ont été considérablement augmentés, en particulier ceux qui traitent des courants autonomes des tissus, des lois des courants électriques, des phénomènes d'électrolyse, des phénomènes de la circulation, de l'influence de la direction des courants sur le système nerveux, des affections de la matrice.

Plusieurs chapitres ont été entièrement créés : ce sont ceux qui traitent de la crampe des télégraphistes, des paralysies obstétricales, des paralysies consécutives aux accidents de chemins de fer, de la contraction pseudo-paralytique infantile. Il a donné un grand développement aux affections musculaires au point de vue de l'orthopédie et aux signes donnés par les réactions électro-musculaires au point de vue du diagnostic de la mort réelle.

Non seulement le plan, mais les idées de cet ouvrage ont été quelque peu modifiés, ainsi M. Onimus accepte aujourd'hui l'utilité de l'électricité statique dans un grand nombre d'affections nerveuses, utilité qu'il niait auparavant.

Ce volumineux ouvrage rendra de réels services à tous les médecins, car il n'est aucune branche de la médecine dans laquelle l'électricité ne puisse actuellement avoir des applications nombreuses.

A. CH.

QUELQUES FAITS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE CONSÉCUTIVE A LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par le Dr *H. Bobinet* (de la Chapelle-aux-Lys), in-8°, 53 pages. Paris, G. Steinheil, 1898.

Le but de cette thèse est de démontrer que la fièvre typhoïde prépare très bien le terrain à l'infection tuberculeuse. Cette vérité n'est pas nouvelle, Laënnec l'avait déjà formulée. Depuis, de nombreux auteurs l'ont de nouveau démontrée comme le rappelle M. Bobinet dans un historique bien fait; mais le but de notre confrère est d'apporter de nouvelles observations de cette succession pathologique et d'en montrer le mode de production.

M. Bobinet termine son travail en formulant quelques déductions pratiques. Les convalescents de fièvre typhoïde doivent être placés dans des chambres bien aérées, n'ayant jamais été habitées par des phthisiques; on devra les soustraire autant que possible au contact de tout individu tuberculeux. De plus, la médication tonique lui paraît indispensable; il est nécessaire, dit-il, de nourrir le typhique pendant toute la durée de sa maladie à l'aide de bouillon et de lait de provenance sûre, de manière qu'il s'affaiblisse le moins possible et puisse mieux résister à l'invasion du bacille tuberculeux.

A l'hôpital, M. Bobinet se refuse à l'idée d'isoler les tuberculeux, mesure qui lui paraît trop cruelle, mais il demande qu'on isole les typhiques. En outre, il demande des hôpitaux spéciaux pour les tuberculeux, hôpitaux placés de préférence à la campagne, désir pour lequel M. Bobinet s'accorde avec beaucoup de bons esprits.

A. CH.

VARIÉTÉS

Choses d'Allemagne.

Nous traduisons du *Pharmaceutical Era* les deux notes suivantes où l'auteur émet des idées très judicieuses sur la responsabilité des médecins qui commettent des erreurs ou des négligences dans leurs prescriptions.

NÉGLIGENCE DANS LES PRESCRIPTIONS. — Un juge d'Australie a récemment décidé qu'un médecin, et aussi toute autre personne qui rédige une ordonnance, est responsable des erreurs qu'il commet en écrivant sa prescription. L'objet qui a motivé cette décision était une spécialité, dénommée *Phényle* par son auteur, à laquelle le pharmacien, qui ne connaissait pas ce produit spécial, substitua le *phénol*. La négligence de celui qui a fait la prescription résultait de l'emploi de ce nom de phényle, sans autre explication, nom que le pharmacien a pu croire mis pour désigner *l'hydrate de phényle* qui fait par-

tie de la matière médicale usuelle, alors surtout que la préparation prescrite ne se trouvait consignée sous ce nom de *phényle* dans aucun des ouvrages qu'il est dans l'usage de consulter.

Cette décision nous paraît juste, bien que les médecins qu'elle atteint ne soient pas, dans les cas de ce genre, les principaux coupables; il y aurait lieu en effet de faire remonter la plus grande part de responsabilité à ceux qui donnent à des mélanges empiriques des noms de fantaisie qui prêtent à l'équivoque. Mais c'est là une autre question. Ce qui ressort du jugement dont nous parlons, c'est que le médecin, le vétérinaire même, endossent une certaine responsabilité quand ils ne donnent pas à leur prescription une clarté suffisante.

Une réforme nécessaire. — Un médecin allemand avait négligemment inscrit dans deux de ses ordonnances : *Extrait* au lieu de *Teinture de colchique*; les deux malades succombèrent. En apprenant le résultat de sa coupable insouciance, il se mit en devoir, avec le concours de l'élève qui avait exécuté la prescription, de se procurer le reste des médicaments dont il changea les étiquettes; puis il fit confectionner un double du livre-copie d'ordonnances dans lequel il substitua aux formules qui avaient causé l'accident des formules correctes. En justice, le médecin, le pharmacien et son élève furent condamnés à un court emprisonnement.

On croit généralement que la législation pharmaceutique est très sévère en Allemagne et que les contraventions y sont rigoureusement punies; cependant l'issue du procès dont nous parlons est étrange à divers points de vue. La négligence de celui qui écrit une prescription est chose malheureusement trop fréquente; mais que le coupable puisse supprimer les preuves de sa faute, faire disparaître par des moyens criminels tout ce qui peut l'accuser, et finalement se tirer d'affaire avec un châtiment fictif, cela est l'indice d'une situation qui ne fait pas honneur à un gouvernement. Aux États-Unis, dont les lois sont cependant si mal faites, nous sommes certain que de telles pratiques seraient hautement condamnées et frappées de peines sévères. La négligence, encore qu'elle ait été suivie de conséquences fatales, peut être dans une certaine mesure excusée, pardonnée même en raison des circonstances, mais quand elle est suivie d'actes prémédités dans le but d'en faire disparaître les traces, la chose doit être considérée autrement. Le fait d'avoir altéré, falsifié le livre des prescriptions méritait un châtiment rigoureux, et l'on est saisi de surprise et d'indignation en voyant un juge, un tribunal oublier à ce point leurs devoirs envers la médecine et la pharmacie et surtout envers l'intérêt public.

Si nous considérions ce jugement comme un exemple de l'adminis-

tration des affaires en Allemagne, il est évident qu'une réforme radicale serait indispensable. Nous aimons mieux croire qu'il s'agit d'une exception, d'un fait accidentel, et que tous les médecins et pharmaciens d'Allemagne se joindront à nous pour dénoncer énergiquement une telle aberration de la justice.

(*Union pharm.*)

NOUVELLES

Le Dr Ferran et la vaccination du choléra. — Le médecin espagnol Ferran, qui fit en 1884 et 1885 des expériences de vaccination du choléra, écrit à M. Pasteur et à M. Gamaleïa, auteur de la récente communication à l'Académie des sciences, pour réclamer la priorité de la découverte du vaccin obtenu à l'aide de cultures stérilisées par la chaleur. Selon M. Ferran, la seule découverte qui appartienne en propre à M. Gamaleïa est « l'exaltation de la virulence du bacille-virgule par la culture dans le pigeon. » M. Ferran demande, en conséquence, qu'on l'inscrive au nombre des candidats au prix Bréant.

Bibliothèque de l'Arsenal. — Le Dr Robinet vient d'être nommé bibliothécaire de l'Arsenal, en remplacement de M. Robertet, récemment décédé.

Centenaire de l'université de Montpellier en 1889-1890. — Les membres de l'enseignement supérieur de Montpellier ont résolu, à l'exemple de la ville de Bologne, de concert avec les membres de l'Académie des sciences et des lettres de cette ville, de fêter avec grande pompe, l'année prochaine, le sixième centenaire de la fondation de l'Université de Montpellier. Cette décision a été prise dans une séance plénière tenue récemment à la Faculté de médecine, et la cérémonie a été fixée au commencement de l'année scolaire 1889-1890, c'est-à-dire pendant l'hiver qui suivra l'Exposition internationale de Paris. Il est certain que les professeurs et étudiants des autres centres universitaires français seront invités à assister à ces fêtes; et, d'autre part, il est plus que probable que les universités étrangères seront priées d'y envoyer des délégués. Nous souhaitons vivement que le prochain centenaire de Montpellier soit aussi brillant que celui qui vient d'avoir lieu à Bologne (*Province médicale*, 11 août 1888).

Inspection des eaux minérales. — Le Conseil général des Hautes-Pyrénées a émis un vœu tendant à la suppression de la fonction de médecin-inspecteur des eaux minérales.

Concours d'architectes-hygiénistes. — L'Ecole spéciale d'architecture, dirigée par M. E. Trélat, a institué depuis deux ans, à côté de son diplôme de sortie, un certificat d'architecte-hygiéniste.

Voici les parties principales du programme de l'épreuve du concours pour 1888 :

On fera le projet d'un petit hôtel occupé par une famille de modeste aisance.

L'hôtel devra être aménagé pour une habitation agréable. La distri-tion y sera commode. Mais ce que l'étude doit particulièrement complètement montrer, c'est la suite des installations qui assure l'entière salubrité du lieu, l'aération et l'éclairage des locaux, l'appro-sionnement des eaux, l'évacuation des déchets de la vie (liquides, solides), etc.

L'argumentation de ce projet sera poursuivie de manière à fournir candidat l'occasion de faire valoir ses connaissances relativement salubrité. C'est ainsi qu'il trouvera l'occasion de parler avec compét du régime de l'air ou de la température dans les habitations, du nettoya méthodique de ces locaux, de l'ablation sous les voies municipales de déjections de la maison, du traitement de toutes les eaux résiduaires des villes et de l'entretien de la pureté des eaux de la rivière qui les traver

MM. les élèves pourront joindre à leur travail un mémoire succ traitant un point spécial de salubrité. Ce mémoire sera apprécié comme partie importante de l'argumentation.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

LECROSNIER et BABÉ, libraires-éditeurs, 23, place de l'École-de-Médecine.

L'année médicale (10e année 1887). Résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales, publié sous la direction du Dr BOURNEVILLE, médecin de l'hospice de Bicêtre, etc. 1 vol. in-18, 4 francs.

Prix des tomes 1 à 93 net, 12 francs. — Prix de chacun de ces volumes séparément, 2 francs.

Traité clinique des maladies mentales, par le Dr SCHULE, médecin de l'asile d'Ilenau, etc., 3e édition 1886, traduite par les Drs J. Dagonet et G. Duhamel, revue et augmentée par l'auteur. Préface de M. le Dr H. Dagonet, etc. 2e fascicule, 1 vol. in-8, 5 francs.

Prix de l'ouvrage complet, 1 vol. in-8, 9 francs.

Psoriasis et arthropathies, par le Dr C. BOURDILLON, 1 vol. in-8, 5 francs.

L'éditeur Octave DOIN publie un nouveau volume du Dr E. MONIN intitulé : **l'Alcoolisme**, étude médico-sociale. Dans ce remarquable travail qui a obtenu le premier prix de la Société française de Tempérance, l'auteur s'attache, avec netteté et compétence, à vulgariser les maux des buveurs, l'action de l'alcool sur la descendance, dans les différentes races et professions, chez les soldats, la femme, l'enfant, etc. Le dernier chapitre intéressera surtout par ses aperçus philosophiques et économiques et ses formules nouvelles de traitement.

L'ouvrage du Dr MONIN, écrit d'une manière très fine et très littéraire, est précédé d'une intéressante préface de DUJARDIN-BEAUMETZ.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.



…TE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 110. JEUDI 20 SEPTEMBRE 1888.

LA

…FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
CROSNIER et BABÉ
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
…fesseur de clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.

DAMASCHINO
Professeur de pathologie médicale. Médecin des hôpitaux.

P. BERGER
…fesseur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris. Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

…resser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
…les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome II. N° 110 Jeudi 20 Septembre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, 19 *septembre* 1888.

Dans la séance d'hier, où les orateurs étaient presque aussi nombreux que les membres de l'Académie de médecine, nous avons entendu plusieurs communications de médecins étrangers à l'illustre Compagnie.

M. le Dr Clozier (de Beauvais) attribue à l'attitude bipède ou verticale de l'homme la dilatation dite primitive de l'estomac et la dyspepsie idiopathique. Le seul remède logique contre ces affections désagréables serait donc d'adopter l'attitude des quadrupèdes qui semblent en souffrir beaucoup moins que nous. S'il en est ainsi, il est probable que malgré les sages observations de notre confrère, l'espèce humaine continuera longtemps à souffrir de l'estomac.

M. le Dr Suarez de Mendoza (d'Angers) propose une sonde à gouttière qui a pour but de laisser une bougie à demeure dans la trompe d'Eustache, après que la sonde a été enlevée.

M. Gréhant, le physiologiste bien connu, montre les inconvénients du séjour, dans l'air que nous respirons, des produits de la combustion du gaz de chauffage et d'éclairage. Le seul remède à employer est d'expulser ces gaz au dehors aussi rapidement et aussi complètement que possible.

M. Lagneau a résumé devant l'Académie la discussion qui s'est élevée au sein de la commission nommée par le ministre de l'instruction publique pour étudier la question du surmenage intellectuel et de la sédentarité scolaire. Les opinions formulées ont d'ailleurs été conformes aux conclusions déjà adoptées par l'Académie.

La partie la plus importante de cette séance a été la discussion qui s'est élevée entre M. Charpentier et M. Guéniot au sujet du râclage, du curage et de l'écouvillonnage de l'utérus. M. Charpentier est très partisan de cette méthode qui lui a donné de très beaux succès. M. Guéniot en est également partisan ; il demande seulement qu'on ne l'applique pas à tous les cas, en particulier à ceux dans lesquels les injections intra-utérines permettent d'assurer la guérison.

A. Ch.

L'analyse spectroscopique du sang par la méthode hématoscopique du Dr Hénocque.

(*Suite*) (1).

II. *Hématoscope. Dosage de l'hémoglobine.*

Ce sont les caractères spectroscopiques des substances colorantes du sang qui ont servi de base à l'analyse de ce liquide par le spectroscope. Preyer, le premier, a utilisé cet instrument pour le dosage de l'hémoglobine. Preyer se basait sur ce fait qu'une solution sanguine qui produit les mêmes effets optiques qu'une dissolution titrée d'oxyhémoglobine renferme une quantité d'oxyhémoglobine égale à celle de cette solution. Mais l'emploi des dilutions offre certains inconvénients et l'avantage de la méthode de M. Hénocque est de pouvoir examiner le sang pur tel qu'il sort des vaisseaux, afin d'apprécier la qualité et la quantité de la matière colorante. Telle qu'elle a été imaginée par cet auteur, l'hématoscopie comprend deux modes d'observation :

1° L'analyse spectrale du sang pur non dilué, déterminant la quantité d'oxyhémoglobine contenue dans le sang ;

2° L'étude de la durée de la réduction de l'oxyhémoglobine par l'examen spectroscopique de l'ongle du pouce.

Le rapport entre ces deux données représente l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine dans ce pouce. Enfin, la méthode est complétée par l'emploi des procédés accessoires d'examen diaphanométrique, de reproduction photographique.

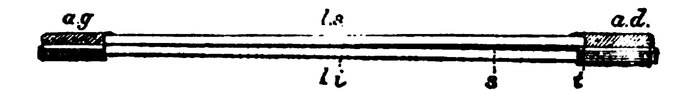
Les instruments nécessaires pour ce mode d'analyse sont un spectroscope à vision directe et un hématoscope.

Le spectroscope à vision directe est constitué par deux prismes de *crown* et un prisme de *flint* intermédiaire enfermés dans un tube. Cette association permet la dispersion sans la déviation, de sorte que la fente placée à l'extrémité du tube donne par vision directe l'image du spectre. Tout spectroscope ainsi construit peut servir à l'examen du sang pourvu qu'il donne un spectre suffisamment large et des raies bien nettes. Il faut, en outre, connaître exactement en millimètres la distance qui sépare la fente du rebord du collimateur.

L'*hématoscope* est une cuve de forme spéciale, destinée à recevoir le sang pur à examiner ; il a été imaginé par M. Hénocque qui a supprimé l'inconvénient du sang dilué par l'examen du sang pur sous une épaisseur progressivement variable. L'instrument est constitué par « deux lames de verre de largeur inégale, superposées de façon que, maintenues en contact à l'une de leurs extrémités, elles s'écar-

(1) V. *France méd.*, n. 109.

tent à l'autre extrémité d'une distance de 300 millièmes de millimètre, laissant ainsi un espace prismatique capillaire. » (*fig.* 1).



Deux agrafes de laiton nickelé fixées à la lame de verre inférieure retiennent la lamelle supérieure mobile. La lame inférieure *li* est séparée de la lamelle supérieure par l'espace prismatique *s* un peu exagéré sur la figure. L'agrafe *ag* de gauche maintient les lames en contact, tandis que l'agrafe de droite présente un talon *t* ayant 3 dixièmes de millimètre d'épaisseur, qui maintient l'écartement des lames. L'espace qui sépare les deux agrafes est de 60 millimètres indiqués par des divisions gravées sur la lame inférieure. Il est clair maintenant que si l'on introduit du sang entre les deux lames, le liquide présente des épaisseurs qui varient de 0 à 300 millièmes de millimètre. Chaque division millimétrique représente une épaisseur de 5 millièmes de millimètre. Pour calculer l'épaisseur en millièmes de millimètre, il suffit de multiplier le chiffre de l'échelle par 5. Le sang introduit entre les deux lamelles présente ainsi une teinte progressivement plus foncée de gauche à droite. Plus l'épaisseur est grande, plus la couleur est foncée, et plus grande est la quantité d'oxyhémoglobine.

Pour que l'hématoscope puisse rendre les services qu'on lui demande il faut que les épaisseurs soient bien celles qui sont indiquées. Pour cela le fabricant se sert de plusieurs procédés de vérification et ne livre ainsi que des instruments parfaitement semblables. En outre, les plaques doivent être exactement planes.

L'espace de l'hématoscope peut recevoir 90 milligrammes d'eau, mais le sang est plus lourd et il en faut six gouttes pour remplir l'instrument. L'évaporation qui pouvait se produire même pendant une longue observation n'influe pas sur l'état de concentration du sang ni par conséquent sur les résultats de l'examen.

On introduit le sang recueilli par la rainure inférieure de l'instrument qu'on incline de façon que le liquide pénètre entre les plaques par la pesanteur et l'action de la capillarité. Chez l'homme, la simple piqûre d'une aiguille ordinaire ne donnerait pas une quantité suffisante de sang, la piqûre doit être faite avec une lancette ou mieux avec *l'aiguille hématoscopique* en acier doré qui donne une section linéaire de 1 millimètre et qui possède un talon limitant l'étendue et la profondeur de la piqûre. On aura soin auparavant de stériliser l'aiguille par le flambage. M. Hénocque a indiqué le côté externe du

petit doigt comme étant la partie qui fournit facilement du sang avec le moins de douleur. Le sang ne sort pas immédiatement après la piqûre, il y a un moment d'arrêt, et il ne faudrait pas céder à la tentation de comprimer le doigt au-dessus, car on s'exposerait à recueillir du sang contenant de l'hémoglobine réduite. Or, le sang fourni par les capillaires contient toujours à l'état normal de l'oxyhémoglobine, autrement dit du sang artériel.

L'hématoscope ainsi préparé est prêt pour un examen ; il suffit alors de le placer devant la fente du spectroscope. On tient l'hématoscope de la main gauche et verticalement, en se plaçant de manière à recevoir de la lumière blanche diffuse. Le spectroscope tenu de la main droite est appliqué directement par sa fente sur l'hématoscope au niveau de l'agrafe de gauche et on le promène de manière à pouvoir examiner successivement toutes les parties de 0 à 60. Naturellement les phénomènes varient selon l'épaisseur sous laquelle on observe le sang. En procédant comme il est dit, on voit apparaître successivement les deux bandes d'absorption de l'oxyhémoglobine, puis leur élargissement, enfin leur confusion et la disparition de l'espace vert qui les séparait. Tout se passe, en définitive, comme si l'on examinait des solutions graduées de sang variant de 1/60 à 1.

Le phénomène que M. Hénocque a choisi comme point de repère dans l'examen du sang au moyen de l'hématoscope est l'apparition *des deux bandes égales en obscurité et en longueur d'onde*. C'est le phénomène pris pour type, qu'il faut s'habituer à reconnaître dans l'analyse spectroscopique du sang.

Or à l'état normal le sang renferme 14 p. 100 d'oxyhémoglobine. Si on l'examine, comme il a été dit, à une épaisseur de 70 millièmes de millimètre c'est-à-dire à la division 14 avec le spectroscope à vision directe et à une distance ne dépassant pas 1 millimètre, on observe les deux bandes avec une teinte également obscure et occupant dans le spectre une égale étendue en longueur d'ondes. Un mot d'explication sur ce dernier point.

Pour fixer une position dans le spectre on se servait d'une échelle portant des divisions égales mais arbitraires. Mais tous les spectroscopes ne se ressemblent pas, de sorte qu'une échelle faite pour un instrument ne peut pas donner les mêmes résultats avec un autre. C'est ce qui a décidé à prendre comme points de repère fixes les chiffres exprimant les longueurs d'ondes correspondant aux raies A. B. C. etc., du spectre et aux positions intermédiaires. Les chiffres donnés expriment des millionièmes de millimètre. (λ) La raie D du sodium par exemple répond à la division 589 c'est-à-dire à une longueur d'onde de 589 millionimètres ou λ. Mais les positions des chiffres indiquant les longueurs d'onde ne sont pas distribuées dans le spec-

tre à des distances égales, ces distances augmentent à mesure qu'on s'avance dans le violet, il s'ensuit que lorsque les deux bandes d'oxyhémoglobine sont égales en longueurs d'onde, celle de droite paraît plus large que celle de gauche. Il importe d'autant plus de rappeler le point en commençant que par abréviation on désigne le phénomène sous celui des *deux bandes égales*. La première en effet occupe les espaces de 530 à 550, la seconde de 570 à 590 λ, mais à l'œil le dernier espace est plus large que le premier.

Il est évident maintenant que ce phénomène se produira sous une épaisseur d'autant plus grande que le sang sera moins riche en oxyhémoglobine et inversement. Pour faire la lecture de l'échelle on lit le chiffre sur la tangente gauche ou droite du rebord de l'instrument appliqué sur l'échelle et on ajoute ou l'on retranche le nombre de millimètres exprimant la distance entre la fente et la tangente verticale, c'est-à-dire 6 à 8 millimètres suivant l'instrument.

Pour trouver la quantité d'oxyhémoglobine répondant à la division où l'on a observé le phénomène des deux bandes égales, on se sert d'une échelle de concordance qui donne sans calculs la quantité cherchée. Si par exemple ces deux bandes égales sont vues à 16 millimètres, il y a 12 p. 100 d'oxyhémoglobine, à 22 millimètres 9 p. 100, à 49 millimètres 4 p. 100. On peut toujours évaluer la quantité d'oxyhémoglobine au moins à un vingtième près.

Ce procédé d'examen permet ainsi d'établir les variations de la quantité d'oxyhémoglobine chez l'homme et chez les animaux; dans l'état de santé et de maladie chez l'homme les variations se font sentir suivant l'âge, selon le genre de vie, etc; il résulte des recherches multipliées de M. Hénocque qu'on peut évaluer en moyenne à 14 p. 100 la quantité d'oxyhémoglobine chez un adulte sain et vigoureux, à 13 ou 13,5 chez la femme ; on a observé 15 p. 100; la limite compatible avec la santé paraît être de 11 à 12 p. 100. La quantité est de 14 p. 100 chez l'enfant qui vient de naître, elle diminue un peu dans la suite.

Voici quelques chiffres trouvés chez les animaux : 10, 13, 14, chez le singe macaque ; 14, 15 chez le chien; 9, 11, chez le pigeon ; le ver de vase qui est rouge et qui sert comme amorce aux pêcheurs contient de l'hémoglobine pure en suspension.

Enfin les variations diurnes par suite des repas, de l'exercice sont peu considérables; l'abstention des liquides et des sueurs répétées augmentent la proportion de l'oxyhémoglobine, l'inanition la modifie peu.

Mais les variations sont surtout grandes dans les états pathologiques.

Il est rare d'abord que l'oxyhémoglobine soit en excès dans le sang;

dans certains cas de pléthore on la voit s'élever à 14,5 ou 15 p. 100. D'ailleurs les phénomènes pléthoriques peuvent s'observer avec un chiffre normal, ils peuvent donc dépendre d'autres conditions. M. Hénocque cite même des cas de pléthore individuelle; il est dans les villes des personnes qui sont pléthoriques avec 14 p. 100 d'oxyhémoglobine et qui se portent mieux lorsque cette quantité redescend à 13 p. 100; une jeune femme aménorrhéique présentait jusqu'à 15 p. 100 à la suite de plusieurs mois sans règles.

Chez les emphysémateux et les cardiaques on peut trouver une faible quantité d'oxyhémoglobine, mais la quantité d'hémoglobine réduite est augmentée, de sorte qu'en fin de compte la quantité de matière colorante n'est pas changée ; on trouve seulement à l'examen du sang de la piqûre un mélange des deux sangs.

La diminution de la quantité d'oxyhémoglobine est un fait des plus communs. Elle est le phénomène pathologique par excellence des anémies dans lesquelles on peut observer des variations très étendues. Les observations de M. Hénocque montrent que la quantité peut s'abaisser à 4 p. 100 sans que la vie soit définitivement compromise ; cependant 2 malades ayant 4 p. 100 et un autre ayant 3, 3 p. 100 ont succombé à l'anémie pernicieuse. L'état anémique se manifeste avec le chiffre 9. 5 p. 100.

Les hémorrhagies font baisser la quantité d'oxyhémoglobine surtout si elles sont graves et répétées (4, 5 p. 100), mais l'abaissement est souvent de 2 à 5 p. 100, puis la reproduction des globules se fait rapidement. « Pendant la menstruation, dit M. Vauthrin (Thèse de doctorat 1888) il y a déperdition d'oxyhémoglobine variant de 1 à 3, 5 p. 100. Cette diminution du principe actif du sang qui est en moyenne de 2,5 p. 100 met la femme dans les conditions d'une perte sanguine temporaire dont la réparation se fait rapidement, en 2 ou 3 jours le plus souvent. »

D'après M. Hénocque, les maladies fébriles, les maladies infectieuses ont sur la quantité d'oxyhémoglobine une action en rapport avec la nature de l'agent infectieux plutôt qu'avec la durée ou l'intensité des phénomènes. Il résulte de ses recherches faites avec M. Baudouin que dans la fièvre typhoïde, la quantité diminue dès le huitième jour quelquefois avant, pour tomber à 9, 8, 7 p. 100 et s'y maintenir pendant la période d'état; dans la convalescence la période remonte à 8, 9, 12 p. 100.

Dans le rhumatisme articulaire la diminution de la quantité a lieu surtout pendant les accès.

Dans la tuberculose, la diminution est d'autant plus grande que la maladie est à une période plus avancée. La marche de la maladie a quelque influence, car dans la granulie la diminution est beaucoup

plus considérable et dans un cas la quantité est descendue à 2, 7, p. 100.

Il est encore nombre de maladies qui se signalent par la diminution de l'oxyhémoglobine, telles sont la leucocythémie, le mal de Bright, la goutte, etc.

Les variations de l'oxyhémoglobine s'observent enfin sous l'influence des médicaments. Le fer qui entre dans la composition de cette substance agit rapidement sur la quantité d'oxyhémoglobine qui peut s'élever de 8 à 12 p. 100 en quelques semaines. L'iodure de sodium, l'acétanilide et d'autres médicaments qui agissent sur la nutrition diminuent l'oxyhémoglobine.

Les agents physiques, les médications thermales ou hydrominérales modifient la quantité de cette dernière selon les conditions dans lesquelles on les emploie. Mais il importe de ne pas tenir compte uniquement de la variation de l'oxyhémoglobine, qu'il faut rapprocher d'une autre action des plus importantes, à savoir l'activité de la réduction. *(A suivre.)*

MEMENTO PRATIQUE

—

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA DE LA FACE CHEZ LES ENFANTS, par M. *E. Besnier.* — L'eczéma de la face chez les enfants reconnaît trois formes. La première se rencontre chez les sujets lymphatiques ou scrofulo-tuberculeux ; elle a pour caractères principaux d'être peu prurigineuse, de se développer autour des orifices, comme le nez et la bouche, et de déterminer de grosses adénopathies qui peuvent être le point de départ de lésions tuberculeuses. Sa sécrétion est très abondante et la cornée est souvent atteinte de kératite phlycténulaire.

La seconde forme d'eczéma appartient à la première enfance et coïncide avec le travail de la dentition. Très prurigineux, cet eczéma couvre la figure comme un masque, respectant tous les orifices, le nez, les yeux, la bouche et même les plis des oreilles ; il gagne souvent aussi le dos des mains et des poignets. En même temps existent des traces d'irritation buccale, telles que sensibibilité des gencives, salivation abondante, indiquant qu'on se trouve en présence d'un eczéma réflexe, en rapport avec le travail de la dentition. Aussi les meilleurs moyens de le combattre sont-ils de diminuer l'irritation des gencives en faisant mâcher de la racine de guimauve ou du bois de réglisse et surtout de calmer le prurit gingival par des attouchements fréquemment répétés à l'aide de la préparation suivante :

Glycérine...........	10 grammes.
Eau distillée	10 —
Bromure de potassium	1 —
Cocaïne.............	0,10 centigr.

Si le sommeil est agité, on donne le bromure de potassium à l'intérieur à la dose de quatre cuillerées à café (une par heure) de la solution suivante :

Sirop de fleurs d'oranger...	50 grammes
Bromure de potassium.....	1 —

Comme traitement local, on a recours à la pommade suivante :

Oxyde blanc de zinc....	25 grammes
Vaseline..............	75 —

La troisième forme d'eczéma diffère de la précédente par l'absence de prurit, mais ne se montre pas non plus au pourtour des orifices; siégeant dans la partie de la peau qui confine aux glandes sébacées et sudoripares, cet eczéma débute par le cuir chevelu où il se caractérise par une desquamation abondante et l'aspect des cheveux qui sont rares et grêles; de là, il gagne les sourcils, la face et souvent aussi le cou, le dos et les épaules.

Son mode de traitement est des plus simples : au cuir chevelu, on fera couper les cheveux et faire des lavages avec le savon; sur la face on fera faire des lotions avec de l'eau tiède à laquelle on ajoute un peu de lait pour mieux dissoudre les sécrétions grasses de la peau et l'on fait ensuite les applications de résorcine.

Résorcine......................	1 gramme
Oxyde de zinc..................	10 grammes
Vaseline.......................	100 —

On peut remplacer la résorcine par le soufre à la dose de 4 ou 5 grammes.

Quant à l'eczéma scrofuleux-tuberculeux, le plus grave de tous, on commence par faire deux fois par jour des lavages avec un liquide tiède composé de : une cuillerée de liqueur de Van Sweiten pour un bol d'eau, et peu à peu on arrive à employer la liqueur pure. On fait en même temps des applications de pommade au calomel à 1 gramme pour 30 grammes, puis on a recours au précipité rouge à la dose de 0,05 centigrammes pour 50 grammes. Mais comme ces préparations sont irritantes, il faudra en surveiller attentivement l'usage. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

—

Séance du 18 *septembre* 1888. — *Présidence de* M. HÉRARD.

LA CORRESPONDANCE comprend : 1° un rapport manuscrit de M. le Dr Gente, sur les épidémies observées, en 1887, dans l'arrondissement de Puget-Théniers ; 2° une lettre de M. Plicque, interne à l'hôpital Lariboisière, qui prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté ; 3° une lettre de M. le Dr Vincent (de Guéret) et de M. le Dr Duclos (de Tours), qui se portent candidats au titre de correspondant national (1re division) ; 4° des lettres de MM. Maret, étudiant en médecine, et Regnault, interne des hôpitaux de Paris, qui se font inscrire pour le concours du prix Vulfranc-Gerdy.

SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA DILATATION DITE PRIMITIVE DE L'ESTOMAC ET LA DYSPEPSIE IDIOPATHIQUE. — M. le Dr *Clozier* (de Beauvais) lit un rapport dont voici les conclusions :

Nous croyons que l'attitude verticale ou bipède de l'homme serait le point de départ de l'impotence fonctionnelle des parois de l'estomac, et que cet état pathologique, plus ou moins accusé, ne serait lui-même que l'expression ultime des phénomènes morbides successifs, étroitement liés entre eux, et se passant tous exclusivement dans la cavité de l'organe.

Les autres troubles, qu'ils intéressent soit le système nerveux central ou périphérique, soit des organes voisins ou éloignés, seraient seulement consécutifs à la lésion initiale de l'estomac (Comm. : MM. Bouchard, Féréol, Bucquoy).

DE LA BOUGIE A DEMEURE DANS LES OBSTRUCTIONS DE LA TROMPE D'EUSTACHE. — M. le Dr *F. Suarez de Mendoza* (d'Angers) lit une note sur l'emploi de la bougie à demeure dans le traitement des obstructions de la trompe, et présente une sonde à gouttière qu'il a inventée pour pouvoir laisser la bougie à demeure après que ladite sonde a été enlevée.

DES EFFETS DE LA COMBUSTION DES GAZ DE L'ÉCLAIRAGE. — M. *Gréhant* communique des recherches physiologiques d'où il résulte qu'en général, chaque fois qu'on emploie le gaz de la houille, soit pour l'éclairage, soit pour le chauffage, on ne se préoccupe pas assez du mélange des produits de la combustion avec l'air que nous respirons. Ce mélange est nuisible, il serait utile et hygiénique d'expulser au dehors aussi complètement que possible, les gaz riches en acide carbonique et pauvres en oxygène (Comm. de MM. Marey, Gariel et François Frank).

DU CURAGE ET DE L'ÉCOUVILLONNAGE DE L'UTÉRUS DANS L'ENDOMÉTRITE SEPTIQUE PUERPÉRALE. — M. *Charpentier* recommande cette pratique

beaucoup plus active que les moyens antérieurement employés et sans danger pour les malades. Les faits recueillis par M. Charpentier comme ceux observés par d'autres médecins, tant en France qu'à l'étranger, sont aujourd'hui assez nombreux pour qu'on puisse en tirer des conclusions solides. Ce moyen réussit non seulement dans les cas légers, mais a donné des succès inespérés chez des malades que l'on pouvait considérer comme absolument perdues.

M. Charpentier rapporte des observations et expose le manuel opératoire de ce mode de traitement que M. Doléris a eu le mérite et la hardiesse d'introduire en France le premier.

M. *Guéniot* ne veut pas modérer l'enthousiasme de M. Charpentier pour le curage et le râclage de l'utérus, il en est lui-même partisan, mais il faut appliquer le traitement d'après l'intensité des lésions. Le curage et le râclage constituent une opération véritable, excellente dans les cas tout à fait graves, mais trop compliquée dans les cas légers, où les injections intra-utérines sont suffisantes. C'est réellement une découverte importante de nos jours que celle qui a montré que l'on pouvait sans inconvénient traiter l'utérus d'une manière beaucoup plus violente qu'on ne l'a fait jusqu'à maintenant, pourvu qu'on prenne les précautions antiseptiques.

Le premier fait de M. Charpentier n'est pas aussi démonstratif qu'il le croit, car la malade dont il s'agit, qui était d'abord dans un état très grave, était déjà fortement améliorée par les injections intra-utérines lorsqu'on a fait le curage.

M. Guéniot se rappelle avoir observé des cas de septicémie très graves dans lesquels les femmes ont été sauvées par les injections intra utérines.

La septicémie qui vient du dehors forme une classe très grave autrefois, mortelle généralement et qui maintenant peut parfaitement guérir.

M. Guéniot est donc partisan du curage et du râclage, mais il faut le réserver pour les cas qui ont résisté aux moyens de douceur.

Il n'est pas bien sûr que ces infections putrides dérivent toujours d'une muqueuse altérée. Ce sont généralement les débris de l'œuf qui restent dans l'utérus et qui se putréfient.

M. *Charpentier*. M. Guéniot semble croire que je veuille faire du râclage le moyen de combattre toujours la septicémie puerpérale, je crois au contraire qu'il faut procéder du simple au composé et qu'il faut commencer par les injections intra-utérines. Ces injections réussissent dans bon nombre de cas, mais elles échouent dans d'autres. Il ne faut donc pas avoir en elles une confiance illimitée. Quand elles ne donnent pas tout ce que l'on en espérait, il ne faut pas hésiter à pratiquer le curage et le râclage.

Quand on trouve un utérus puerpéral il y a toujours une muqueuse plus ou moins altérée. C'est là où précisément se trouve le point de départ des accidents. Avec les lavages intra-utérins on n'enlève que la superficie et non pas toute la muqueuse.

M. *Guéniot*. Ce n'est pas la muqueuse, c'est une sorte de matière putrilagineuse qu'on peut comparer à la boue splénique.

M. *Charpentier*. Le lavage n'enlève pas toute cette matière putrilagineuse; il faut avec le râclage et le curage enlever toute cette matière septique et faire une plaie simple au niveau de laquelle on n'a pas à redouter l'absorption.

Surmenage intellectuel et sédentarité scolaire. — M. *Lagneau* indique les résultats auxquels est arrivée la commission nommée par le ministre de l'instruction publique pour étudier la question du surmenage, commission qui s'est occupée de la revision de l'enseignement primaire et dont les conclusions sont d'accord avec les vœux formulés par l'Académie.

La séance est levée à 4 heures trois quart.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Oscar Cadiat, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, est décédé dimanche à l'âge de quarante-quatre ans.

Ancien élève et collaborateur de Robin, M. Cadiat a été emporté par une longue maladie qui le tenait éloigné depuis quatre ans de la Faculté et du laboratoire qu'il y dirigeait.

M. Cadiat laisse de nombreux travaux qui font autorité, principalement sur l'anatomie générale.

Les obsèques ont lieu aujourd'hui mercredi, à midi, en l'église Notre-Dame-de-Grâce, à Passy. On se réunira à la maison mortuaire, 1, rue Pajou. L'inhumation aura lieu au cimetière Montparnasse.

NOUVELLES

Statistique des suicides en 1887. — Le nombre des suicides en 1887, dans les 87 départements de la France, a été de 7,572, sur lesquels le département de la Seine seul figure pour 1,420, soit pour près d'un cinquième, alors que, normalement, eu égard à sa population, il ne devrait figurer que pour un quinzième. Le mois qui a fourni le plus de suicides est le mois de juillet, dont le total a été de 790, alors que la moyenne des autres mois est de 550 à 600. La proportion du nombre des femmes qui se donnent la mort est très inférieure à celle des hommes. Ainsi, sur ces 7,572 suicides on compte 5,964 hommes et 1,608 femmes seulement. Dans le département de la Seine, sur les 1,420 morts volontaires, les femmes ne figurent que pour 295, c'est-à-dire un sixième du total environ. On se suicide de préférence de 50 à 60 ans. En effet, le chiffre des gens qui se sont donné la mort, entre ces limites, a été dans toute

France, de 1,566, tandis que de 30 à 40 ans, il n'a été que de 922. de 40 à 50 ans, la proportion se relève et atteint 1,394. La période [illegible] morts volontaires sont le moins fréquentes est l'extrême vieillesse. On ne compte que 166 suicidés âgés de plus de 80 ans. Quelles sont les causes les plus fréquentes du suicide ? La statistique officielle a pris soin [illegible] les relever. Nous les lui empruntons :

Misère et revers de fortune.		
Misère (ou crainte de la)	483	
Embarras de fortune	305	888
Perte d'emploi, de procès, perte au jeu	100	
Chagrins de famille.		
Douleur causée par la perte d'ascendants, de conjoints, d'enfants	56	1.031
Chagrins domestiques non spécifiés	975	
Amour, jalousie, débauche.		
Amour contrarié	200	
Jalousie entre époux, entre amants	27	1.125
Honte d'une mauvaise action	89	
Ivrognerie, alcoolisme	809	
Peines diverses.		
Désir de se soustraire à des poursuites judiciaires (délits)	203	
Suicide d'auteurs d'assassinats, de meurtres, d'empoisonnements, d'incendies	27	
Désir de se soustraire à des peines disciplinaires militaires	16	1.785
Désir de se soustraire à des souffrances physiques	1.228	
Dégoût du service militaire	25	
Dégoût de la vie et contrariétés diverses	287	
Maladies cérébrales.		
Aliénation mentale	1.975	
Hypochondrie	109	2.168
Monomanie	70	
Idiotisme	14	
Motifs inconnus		575
Total général		7.572

On remarquera que de toutes les causes de suicide groupées sous des rubriques générales, c'est la misère qui fournit, au total, le moindre contingent.

(*La Province médicale.*)

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.


FARINE LACTÉE NESTL
Cet aliment, dont la base est le bon lait, est le
pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance
maternel, facilite le sevrage.
En outre, pour les adultes convalescents ou valétudi
cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantiel
CHRISTEN Frères, 16, rue du Parc-Royal, PARIS, et dans toutes les Phar

[...]-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. — N° 111. SAMEDI 22 SEPTEMBRE 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
CROSNIER et BABÉ
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE. .... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

[Adre]sser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
[Les] ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome II. N° 111 Samedi 22 Septembre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

L'analyse spectroscopique du sang par la méthode hématoscopique du Dr Hénocque.

(SUITE ET FIN) (1).

III. *Durée de la réduction.*

Divers auteurs, parmi lesquels notamment Stofmann, Strogænoff, Vierordt avaient tenté de tirer parti de l'examen du sang à travers les tissus. Dès le début on a reconnu qu'on pouvait étudier au spectroscope les parties transparentes à travers lesquelles on pouvait obtenir le spectre de l'hémoglobine. Mais en raison des difficultés, l'observation était restée un objet de curiosité. Cependant M. Hénocque est arrivé à des résultats concluants en choisissant comme région d'observation la surface sous-unguéale du pouce. On examine cette surface avec le spectroscope à la lumière du jour, on aperçoit alors la première bande d'absorption dans le jaune et s'étendant sur la raie D, si l'éclairage et l'intensité de la teinte de l'ongle le permettent. On peut voir plus loin vers la raie E, dans le jaune vert, la deuxième bande, plus étroite et moins foncée que la première. Voici comment on arrive à apprécier la durée de la réduction de l'oxyhémoglobine : En appliquant une ligature autour de la première phalange du pouce, on empêche l'arrivée du sang artériel et on emprisonne celui qui se trouve au-dessous de la ligature, or il suffit de quelques secondes pour que toute l'oxyhémoglobine se transforme en hémoglobine réduite. Si dès le début de la ligature on observe avec le spectroscope, on voit en quelques secondes la deuxième bande pâlir et disparaître, puis au bout de 25 à 30 secondes en moyenne la première bande pâlit et disparaît à son tour, le spectre est alors continu. M. Hénocque appelle *virage* le moment de la disparition de la première bande ou de l'apparition du jaune ou de la raie D et *durée de la réduction* tout le temps qui sépare l'application de la ligature et la disparition complète de la bande principale. En pratique et dans le cas particulier, on se

(1) V. *France méd.*, n. 109 et 110.

préoccupe seulement de la première bande qui reparaît aussitôt qu'on enlève la ligature. Si après le phénomène du virage on retirait du sang du pouce pour l'examiner, on reconnaîtrait la présence de l'hémoglobine réduite, mais la bande qui appartient à celle-ci n'est pas assez sombre pour pouvoir apparaître au spectroscope à travers les tissus, voilà pourquoi le spectre paraît à peu près continu.

La durée de la réduction de l'oxyhémoglobine, c'est-à-dire le temps nécessaire pour la consommation de l'oxygène du sang dans le réseau vasculaire placé sous l'ongle du pouce, varie entre vingt-cinq et quatre-vingt-dix secondes, la moyenne est de soixante secondes. Mais une foule de conditions peuvent la faire varier. Elle n'est pas la même lorsqu'on place la ligature sur le poignet ou sur un autre doigt que le pouce ; il importe donc, lorsqu'on veut avoir des résultats comparables, de placer la ligature à une distance toujours la même de l'extrémité de la phalange du pouce.

La durée de la réduction varie dans la journée chez le même individu selon que l'observation est faite à jeun ou après le repas, dans le repos ou après un effort ; elle est plus grande après le repas, plus courte après les efforts. Le froid, l'électrisation augmentent en général la durée.

Les états pathologiques influencent considérablement la durée de la réduction ; on a vu celle-ci s'abaisser au-dessous de 30 ; la durée devient nulle chez les cancéreux, dans la convalescence de la dysenterie de Cochinchine ; l'abaissement à zéro de la durée est un signe de mort prochaine dans les états cachectiques seulement. Dans l'anémie des métrorrhagies abondantes, la durée de la réduction s'abaisse à 30 ou 40 secondes. Dans la fièvre typhoïde la durée augmente, surtout au début et dans les deux ou trois premiers septénaires, mais elle diminue dans la convalescence ; les complications font également varier le facteur.

Les médications modifient la durée ; les pratiques hydrothérapiques, faites avec l'eau simple ou l'eau faiblement minéralisée, diminuent plus ou moins la durée.

Il faut enfin tenir compte des particularités que font naître dans l'intensité et l'étendue des bandes, les colorations de la peau, la teinte ictérique, la cyanose. L'ictère diminue la largeur de la bande qui est diffuse dans la cyanose. Les phénomènes spectroscopiques peuvent être étudiés néanmoins avec plus ou moins de facilité, car la pigmentation noire chez les nègres n'empêche pas l'examen.

IV. *Activité de la reduction.*

Mais la connaissance de la durée de la réduction ne fournit qu'une notion incomplète, si on ne la rapproche pas de la quantité de

l'oxyhémoglobine afin de pouvoir se rendre compte de l'activité de la réduction. Ce dernier phénomène représente en effet une des formes les plus importantes des échanges, et lorsque la mort arrive, l'hémoglobine est réduite dans tous les tissus. L'activité de la réduction se mesure par la quantité d'oxyhémoglobine qui est réduite en une seconde. Si l'on admet en moyenne qu'un individu dont le sang contient 14 p. 100 d'oxyhémoglobine met 65 secondes pour opérer cette réduction avec 13 p. 100 d'oxyhémoglobine, chacun d'eux aura réduit en une seconde, le premier 14/70 p. 100, le second 13/65 p. 100, soit 0,2 de la quantité d'oxyhémoglobine du sang. Cette quantité est prise pour unité d'activité de réduction, qui est le rapport entre la quantité d'oxyhémoglobine et la durée de la réduction, mais comme par le calcul on n'obtient que l'expression fractionnaire 0,2 pour l'unité de l'activité, il suffit pour ramener la fraction à 1 de multiplier le numérateur ou le quotient de la fraction par 5, et l'on a

$$\text{Activité de réduction ou E} = \frac{\text{quantité d'oxyhémoglobine}}{\text{durée de la réduction}} \times 5$$

M. Hénocque a fait un grand nombre d'observations pour fixer cette notion dans les conditions les plus diverses de santé, de maladie et sous l'influence des agents thérapeutiques.

L'activité est diminuée, c'est-à-dire au-dessous de 1, et varie entre 0,19 et 0,75 dans les chloro-anémies, les anémies des métrorrhagies et de la phthisie chez les diabétiques et surtout les épileptiques, chez les obèses, en dehors même de l'anémie. En général mais non toujours, la diminution d'activité est en rapport avec la diminution de l'oxyhémoglobine. L'activité de réduction est moindre le matin ; elle augmente dans la journée, au moment du repas, pour diminuer à la fin de la journée.

Toutes les manifestations fonctionnelles, la marche, les efforts tendent à augmenter l'activité de la réduction. Cette augmentation coïncide avec l'amplitude plus grande de la respiration. Les agents physiques modifient la valeur de E. L'activité s'abaisse par le froid pour dépasser la normale dans la réaction ; les bains chauds augmentent l'activité. Dans la fièvre typhoïde, l'activité est diminuée, surtout au début et dans la période d'état; elle reste abaissée dans la période de réparation, mais se relève peu à peu avant la disparition de l'anémie.

L'augmentation de l'activité de réduction, d'après M. Hénocque, varie de 1, 22 à 2; on l'observe dans l'état de santé passagèrement, chez des individus sanguins ou dans les diverses manifestations de l'arthritisme. Chez les alcooliques l'augmentation de la durée coïncide avec 8 à 9 pour 100 d'oxyhémoglobine.

La recherche de l'activité de la réduction est féconde en applications thérapeutiques, car elle fait apprécier l'effet des médicaments et de tous les agents thérapeutiques en général sur l'activité des échanges, c'est-à-dire sur la nutrition elle-même. Les préparations martiales, les amers, la noix vomique augmentent l'activité de réduction, d'autre l'abaissent comme l'acétanilide, d'autres enfin agissent en la régularisant.

L'étude des médications thermo-minérales est pleine d'enseignements lorsqu'elle est faite à ce point de vue. L'action des eaux minérales sur la nutrition est très variable suivant leur composition et la manière dont on les emploie. Mais d'ores et déjà, la recherche de l'activité de la réduction s'impose si l'on veut suivre de près l'action d'un traitement hydro-minéral.

V. *Procédés complémentaires, diaphanométrique et photographique.*

L'hématoscopie peut être complétée ou simplifiée si l'on veut par l'étude *diaphanométrique* ou chromométrique du sang. Le procédé est basé sur l'appréciation de la transparence du sang observé en couche mince d'une épaisseur progressive. Pour cela, on superpose l'hématoscope chargé de sang sur une plaque d'émail blanc sur laquelle on a tracé des chiffres, des lettres et des divisions en millimètres servant d'échelle. La partie la plus mince et la moins colorée permet de lire les chiffres et les lettres qui ne sont plus visibles dans la partie plus épaisse et plus colorée. Plus le sang est riche en *oxyhémoglobine* plus on lira de chiffres.



Fig. 2.
Hématoscope superposé à la plaque d'émail.

L'échelle construite à la suite de recherches comparatives multipliées a été établie de façon à ce que les chiffres correspondent à des quantités d'oxyhémoglobine déterminées. Le dernier chiffre lu distinctement indique la quantité d'oxyhémoglobine contenue dans 100 grammes de sang.

Par exemple dans la figure 2 (sang d'un individu affaibli) on distingue nettement :

Les lettres *Hématoscope* d'H
et les chiffres 15, 14, 13, 12, 11, 10.

La quantité d'oxyhémoglobine contenue dans le sang est donc de 10 pour 100. Si on transporte la partie remplie de sang sur les millimètres, on ne pourra plus apercevoir les divisions à partir de 38 ou 40, c'est-à-dire à une épaisseur de 190 à 200 millièmes de mm.

Si on laisse passer la lumière à travers l'hématoscope chargé de sang et qu'on reçoive les rayons sur une plaque sensibilisée, la partie de la plaque qui répond à la plus grande épaisseur du sang restera intacte, tandis que les rayons chimiques passent en partie à travers les épaisseurs moindres. L'image photographique représente une teinte dégradée, et si on applique derrière l'hématoscope une échelle à jour taillée dans une plaque de laiton, la photographie reproduira un nombre de divisions d'autant plus grand que le sang est moins riche en oxyhémoglobine. M. Hénocque a ainsi présenté à la Société de biologie des clichés photographiques obtenus par ce procédé, qui mettent en évidence la sensibilité et la précision des résultats donnés par la photographie.

L'importance de la méthode hématoscopique imaginée et perfectionnée par M. Hénocque ressort avec évidence par suite de la facilité avec laquelle on peut déterminer la richesse du sang et l'activité des échanges.

Nous n'avons pas besoin d'en faire remarquer l'utilité par les services qu'elle peut rendre dans le diagnostic, le pronostic et surtout dans la thérapeutique.

L. Jumon.

La mobilisation de l'étrier et son procédé opératoire

Par M. Boucheron (de Paris).

La nouvelle opération de la *mobilisation de l'étrier* est indiquée : 1° lorsque l'étrier commence à s'ankyloser, et que les moyens simples de le mobiliser sont devenus impuissants ; 2° lorsque la compression labyrinthique de cause externe (otopiésis) reste persistante et compromet la vitalité du nerf acoustique.

M. Boucheron a pratiqué déjà soixante fois la mobilisation de l'étrier, sans accidents, grâce à l'antisepsie, sauf quelques otorrhées.

La période favorable pour l'opération, c'est le début de l'ankylose de l'étrier ; c'est-à-dire le moment où l'audition de la parole, à haute voix moyenne, est encore entendue et comprise à 1 mètre de dis-

tance, et où les *harmoniques de la parole* (voix murmurée) sont entendues à 0m. 50, à 0m. 75. Alors la mobilisation de l'étrier produit une audition de la parole à haute voix à 3 mètres, 4 mètres et même 5 mètres. (Avec l'ouïe normale la parole est entendue, dans ces conditions, à 15 mètres et 20 mètres).

Il n'est plus temps d'opérer quand l'ankylose de l'étrier est devenue osseuse, ou que les terminaisons du nerf acoustique sont écrasées et altérées par l'excès de pression.

Procédé opératoire. — 1° Antisepsie du conduit auditif externe et cocaïnisation; 2° myrindectomie de la moitié postérieure de la membrane tympanique; 3° dislocation de l'enclume d'avec l'étrier à l'aide d'un crochet. (Pour les cas moins graves cette dislocation n'est pas faite); 4° mobilisation de l'étrier dans le sens de la décompression soit par traction légère avec un crochet simple, à double courbure en équerre, soit avec un crochet double, ébranlant l'étrier de haut en bas, et d'avant en arrière, dans le sens de la traction du muscle de l'étrier; 5° ténotomie du *tensor tympani*; 6° ablation facultative du marteau et de l'enclume. (Dans cette manœuvre, la corde du tympan est assez souvent tiraillée ou rompue, et alors le goût disparaît pour quelque temps, dans les deux tiers antérieurs de la moitié correspondante de la langue. Ce qui indique le passage des nerfs gustatifs dans la corde du tympan.)

Comme un certain nombre de maladies qui produisent le mécanisme de l'otopiésis sont des maladies à rechutes, il peut arriver que la compression labyrinthique se reproduise. Aussi le traitement de la cause, goutte, rhumatisme, syphilis, catarrhe infectieux ou *a frigore*, etc., doit être prescrit concurremment à l'opération. L'opération peut aussi être renouvelée.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Les indications de l'atropine, par le Dr *Leplat*. — L'atropine est un médicament qui possède sur l'œil une action puissante, mais son emploi est régi par des indications spéciales, absolument déterminées et l'on serait mal venu de la prescrire au hasard, sans raison. Nous croyons rendre service à nos confrères, en leur rappelant les usages de cette substance. Ceux-ci sont la conséquence naturelle des propriétés physiologiques de l'atropine : cet alcaloïde dilate la pupille, paralyse l'accommodation et augmente la tension oculaire.

Mydriatique. — En dilatant la pupille, l'atropine diminue le calibre des vaisseaux de l'iris et agit donc en le décongestionnant. Elle trouvera un emploi justifié, par conséquent, dans les cas d'inflamma-

tion ou seulement de congestion de l'iris. Or, dès que l'iris est hyperémié, il existe toujours une injection ciliaire (cette forme spéciale d'injection violacée, limitée au pourtour de la cornée); de sorte que nous pouvons éliminer toutes les affections conjonctivales qui ne montrent pas cette injection particulière. La conjonctivite catarrhale simple, sans complication, n'est donc pas justiciable de l'atropine.

On emploiera l'atropine dans l'iritis. On l'instille en solution à 1 0/0 jusqu'à dilatation de la pupille, puis, celle-ci obtenue, on diminue le nombre des instillations, car il s'agit simplement maintenant de conserver l'effet obtenu. Si l'inflammation est très vive, ou si des synéchies fixent déjà l'iris au cristallin, il faudra procéder énergiquement et alors on emploiera l'atropine en substance. On dépose dans le cul-de-sac inférieur de la conjonctive un grain de sulfate d'atropine du volume d'une petite tête d'épingle.

La congestion de l'iris est le plus souvent la conséquence d'une affection de la cornée; elle se caractérise par une paresse de la pupille. Si, dans une kératite, la pupille réagit vivement, l'atropine est inutile.

Lorsqu'un ulcère central de la cornée perfore cette membrane, on dilate la pupille pour éviter que l'iris s'engage dans la perte de substance.

Dans l'iritis chronique, où la pupille est d'ordinaire déformée par de nombreuses synéchies, il sera utile de tenir l'iris sous l'influence de l'atropine, afin d'éviter l'oblitération des petits pertuis par lesquels la chambre antérieure communique encore avec la chambre postérieure. On fera donc instiller une ou deux gouttes par jour de la solution ordinaire d'atropine. Si l'on veut tenter de déchirer des synéchies, on instillera de l'atropine en substance, mais il ne faut pas faire renouveler 10 ou 12 fois par jour des applications de solution faible d'atropine. C'est tout à fait superflu.

Paralysie de l'accommodation. — On profitera de l'action de l'atropine sur le corps ciliaire dans les cas d'hypermétropie ou d'astigmatisme, où le muscle ciliaire est en état de contraction spasmodique. Dans ces cas, les verres correcteurs sont rejetés par le sujet qui ne parvient pas à relâcher sa crampe accommodative et il faut un traitement de plusieurs jours à l'atropine, pour que toute l'amétropie devienne manifeste. On doit évidemment faire porter les verres pendant que les yeux sont encore sous l'influence de l'alcaloïde, sinon la crampe se reproduit et tout est à recommencer.

On emploie aussi l'atropine pour paralyser l'accommodation des jeunes hypermétropes qui commencent à loucher.

Augmentation de la tension. — Les mydriatiques possèdent cette action commune d'augmenter la tonicité de l'œil. On doit donc être

très prudent chez les vieillards, dans l'emploi de l'atropine. On a vu une instillation de cet alcaloïde déterminer une attaque de glaucome dans des yeux prédisposés. A plus forte raison, dans le glaucome aigu, ne doit-on pas employer l'atropine. Cette erreur s'est commise bien souvent, parce que le médecin avait méconnu le glaucome et l'avait pris pour une iritis. Dans les deux affections, l'iris n'apparaît plus nettement; seulement dans l'iritis c'est l'humeur aqueuse louche qui constitue l'obstacle à la vision, tandis que dans l'autre affection c'est la cornée qui perd de sa transparence. Dans le glaucome aigu, la cornée est *dépolie*, finement piquetée, elle est légèrement *grisâtre* et *insensible*. Dans l'iritis, au contraire, elle a gardé son poli et sa sensibilité. La chambre aqueuse est normale ou plus profonde dans l'iritis, elle est plus basse dans le glaucome. Dans celui-ci la pupille est immobile et *dilatée*, dans l'autre affection, elle est immobile et *rétrécie*. Enfin le glaucome se caractérise par l'augmentation de la tension. Pour percevoir celle-ci, il faut appuyer les deux mains sur le visage du patient et tâter l'œil fermé légèrement, entre les deux index, comme lorsqu'on cherche la fluctuation d'un abcès. On ne peut arriver à aucun résultat, en palpant l'œil à l'aide d'un seul doigt et à main levée. Grâce à ces divers signes, on diagnostiquera le glaucome et l'on se gardera bien de prescrire de l'atropine.

Il est parfois nécessaire (et c'est le cas surtout chez les vieillards), de dilater une pupille trop étroite pour permettre l'examen à l'ophtalmoscope. Avec un peu d'habitude du maniement de cet instrument, on réduira fortement le nombre de cas où cette dilatation devient nécessaire. Quand on devra recourir à cette mydriase, on choisira de préférence, pour la produire, l'homatropine, dont l'action plus fugace que celle de l'atropine disparaît dans le cours de la journée, ou la cocaïne qui entraîne après quelques minutes une dilatation de la pupille suffisante pour l'examen. (*Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège.*)

De la perfectibilité du sens chromatique dans l'espèce humaine, par M. *Deneffe*. — L'éducation du sens auditif est faite depuis très longtemps, tandis que l'éducation du sens chromatique est encore à faire. Ce n'est même que depuis une centaine d'années que l'on sait que certaines personnes ne perçoivent pas les couleurs normalement. C'est chez l'homme que les imperfections du sens chromatique sont les plus communes. La proportion des daltoniens est de 2,28 p. 100 chez l'homme, de 0,079 p. 100 seulement chez la femme. Parmi les individus qui reconnaissent bien les couleurs, on constate que la femme y met bien plus d'aisance que l'homme.

A quoi tient cette impuissance optique ? A une absence des éléments percepteurs de la couleur, ou au moins des éléments percep-

teurs de l'une des trois couleurs fondamentales. Dans ce cas, le mal est sans remède. Un autre motif peut résider dans une excitabilité amoindrie de ces éléments et l'éducation pourra perfectionner le sens chromatique.

A Crefeld, il n'existe, d'après *Kroll*, que 0,3 p. 100 de daltoniens. Ce chiffre restreint, on doit l'attribuer à ce que plus de la moitié de la population est occupée au tissage de la soie et surtout de soies colorées.

En général, le nombre des viciés est moindre chez l'adulte que chez l'enfant. Sur 39,177 garçons de 5 à 14 ans examinés, on trouve 3,22 p. 100 de daltoniens ; sur 164,206 hommes, on n'en rencontre que 2,05 p. 100. L'auteur a examiné 2,118 adultes qui ont fourni 1,96 p. 100 de daltoniens ; 4,412 enfants, 3,98 p. 100, soit 2 p. 100 en moins chez l'adulte.

Le sens chromatique est plus développé chez les sujets appartenant aux classes aisées de la société, parce que la couleur joue un plus grand rôle dans la vie de ces personnes. Brayley a trouvé dans les classes aisées de la société 2,5 p. 100 de daltoniens, et 3,7 p. 100 dans les classes pauvres. Deneffe arrive aux mêmes résultats.

Il se résume dans les conclusions suivantes : « par le fait de l'éducation voulue ou inconsciente, personnelle ou héréditaire au point de vue du sens chromatique, la femme l'emporte sur l'homme, l'adulte sur l'adolescent; l'adolescent sur l'enfant. L'homme qui a reçu une éducation générale ou spéciale l'emporte sur celui qui ne l'a point reçue, et il en est de même chez l'enfant. »

L'auteur demande qu'on fasse, dans les écoles, l'éducation du sens des couleurs. (*Bull. Acad. méd. de Belgique.*)

VARIÉTÉS

Le Nouvel Asile d'aliénés de Bâle.

Nous empruntons aux *Annales médico-psychologiques* la description de cet établissement.

Pour organiser le nouvel asile de Bâle, le professeur Wille s'est inspiré des idées de Griesinger qui demandait, on s'en souvient, la création de trois sortes d'asiles.

1° Un asile urbain (qui sera clinique dans les villes universitaires), situé dans le voisinage immédiat des villes pour recevoir le plus promptement possible les cas aigus de toute nature ;

2° Un établissement à la campagne pour les malades chroniques

qui n'ont pas besoin de soins médicaux particuliers et qui sont capables de travailler;

3° Un hospice pour les aliénés malades ou infirmes de corps.

Comme il ne pouvait être question de construire trois établissements distincts pour Bâle ville, le professeur Wille réunit ces trois asiles en un seul, au moyen de pavillons assez éloignés les uns des autres pour former des individualités propres, mais suffisamment reliés entre eux cependant pour être groupés en une seule grande institution, dans laquelle tous les services sont centralisés sous une administration commune.

Ces pavillons sont au nombre de dix, soit cinq pour chaque sexe. Aux trois pavillons répondant aux divisions de Griesinger sont venus s'ajouter une villa destinée aux pensionnaires et un pavillon pour les aliénés chroniques agités et bruyants.

Les dix pavillons sont aménagés pour recevoir 220 malades des deux sexes. Ce système ne rend vraiment tous les services qu'on lui demande que si le nombre des malades dans chaque division ne dépasse 15 à 30, suivant la destination du pavillon. Dès que ce chiffre atteint 60 ou 100, comme dans certains asiles, il ne peut plus être question des avantages dont nous parlons.

Le pavillon clinique et celui des agités ont le moins grand nombre de malades, tandis que ceux des pensionnaires et des chroniques tranquilles en renferment le plus grand nombre. Chaque « petite maison » est adaptée le mieux possible aux besoins des différentes catégories des malades qu'elle doit recevoir. Voilà ce qui a permis d'éviter la monotonie dans l'architecture simple et variée de ces villas. Nous ne pouvons entrer ici dans le détail de ces constructions qui nous ont paru répondre parfaitement à leur but. Nous dirons seulement que le principe du no-restraint est appliqué partout d'une manière complète et que les pavillons des agités sont organisés en conséquence. L'impression qui nous est restée de notre visite à Bâle est des plus favorables.

On respire partout dans cet asile le calme et la sérénité, et l'on se croirait plutôt au milieu de riantes villas que dans un hôpital de fous. Tous les travaux de la maison et du jardin sont exécutés par les malades, dont 60 à 70 sur 100 y ont été employés en 1887. On s'aperçoit, dès l'abord, que rien n'a été négligé dans la construction et l'aménagement de cet asile pour satisfaire le plus complètement possible aux exigences de l'hygiène et aux principes de la science psychiatrique. L'établissement a été inauguré le 28 octobre 1886 avec 118 malades. Au 31 décembre 1887, il en renfermait 179.

NÉCROLOGIE

Le Dr PEUT, médecin inspecteur des écoles de la ville de Paris et du Dispensaire fondé par la Caisse des écoles du XVIIe arrondissement, vient de mourir à 36 ans de la diphtérie contractée près d'un enfant qu'il soignait de cette maladie. Le Dr Pent était très aimé dans son quartier.

M. le Dr BLANCHET, de Vichy.

M. le Dr NIELLY, médecin de la marine en retraite.

NOUVELLES

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé chevalier M. le Dr Fauvel, chirurgien en chef de l'hôpital du Havre.

ASSISTANCE MÉDICALE. — Le Conseil général de la Charente-Inférieure a voté un crédit de 3,000 francs, à titre d'essai d'organisation, dans ce département, d'un service de secours à domicile pour les vieillards et les infirmes indigents.

Dans la Vienne, le Conseil général a décidé de se réunir en session extraordinaire, du 1er au 8 octobre, afin de discuter un rapport de M. le Dr Guillon sur l'organisation d'un service de médecine et de pharmacie gratuites pour les indigents. Les médecins et les pharmaciens du département seront convoqués d'ici là, afin de donner leur avis sur le projet en question, qui semble différer très peu de celui que l'Association générale a déjà adopté au mois de mars dernier.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Au cours de son voyage en Normandie, qui finit à peine, M. Carnot, Président de la République, a décoré de la Légion d'honneur M. le Dr Guindey, d'Evreux, et M. Bourienne, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Caen.

Nous applaudissons à ces récompenses, mais elles sont données à des situations un peu particulières. Combien de médecins en province, si le dévouement à la chose publique, les vrais services rendus au pays étaient les titres les plus puissants à ces distinctions, devraient voir rougir leur boutonnière.

Nous n'avons pas eu le plaisir, ici, de recevoir cette rosée bienfaisante qui, à Paris,..... Mais nous constatons, sans nous étonner. Les *traditions* ne se perdent pas à Rouen. Pourrait-on oublier qu'une administration municipale refuse de demander la croix pour un vieux et digne médecin, lorsque *tous* ses collègues la sollicitaient pour lui; que dans la longue suite des années, jamais une administration hospitalière ne fit obtenir cet honneur à ses médecins, qu'elle a toujours cru suffisamment *payés* par la permission qu'ils ont de soigner *ses* malades ?

Ce qui nous étonnerait, c'est que l'administration supérieure, mieux disposée peut-être que jamais, ait été sollicitée à ce sujet. (*Normandie médicale.*)

Notre confrère n'est pas content; la décoration décernée depuis cet

article à l'un de nos plus distingués confrères du Havre, la ville rivale, n'a pas dû diminuer ses regrets.

CONCOURS POUR LES BOURSES DE DOCTORAT. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le jeudi 25 octobre 1888.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le lundi 15 octobre, à 4 heures.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878 ;

Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale ;

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifient de leur assiduité aux exercices pratiques ;

Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthropologie et la myologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire ;

Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie ;

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la seconde partie du deuxième examen probatoire ;

L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne ou externe.

Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien*, pourront obtenir sans concours une bourse de première année.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 9 *au* 15 *septembre* 1888. — Fièvre typhoïde, 16. — Variole, 1. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 3. — Diphtérie, Croup, 18. — Phthisie pulmonaire, 169. — Autres tuberculoses, 28. — Tumeurs cancéreuses et autres, 54.

Méningite, 23. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 36. — Paralysie, 06. — Ramollissement cérébral, 06. — Maladies organiques du cœur, 42.

Bronchite aiguë et chronique, 39. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 32.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 127.

Fièvre et péritonite puerpérales. 1. — Autres affections puerpérales, 4.

Débilité congénitale, 19. — Sénilité, 26. — Suicides et autres morts violentes 28. — Autres causes de mort, 143. — Causes inconnues, 13.

Nombre absolu de la semaine : 855. — Résultat de la semaine précédente : 872.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.



ELIXIR
TONIQUE RECONSTITUANT
Précieux pour les personnes qui ne peuvent vaincre la répugnance que leur inspirent les aliments
ALIMENTAIRE
Les matières premières qui concourent à la préparation de cet ELIXIR sont : la viande, l'alcool et les écorces d'oranges amères. Il est d'une excellente conservation et d'un goût très agréable.
DUCRO
Paris, 20, pl. des Vosges, et toutes Ph^ies

…-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 112. MARDI 25 SEPTEMBRE 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
CROSNIER et BARÉ
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE 15 fr.
UNION POSTALE 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

…resser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
…uvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome II. N° 112 Mardi 25 Septembre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de la migraine.

Une des questions les plus obscures de la pathologie est certainement la physiologie pathologique de la migraine. Les opinions qui ont été formulées sur la nature de l'affection sont des plus variées, il ne faut donc pas s'étonner de la multiplicité des traitements qui lui ont été appliqués et qui reflètent pour ainsi dire les idées théoriques qui ont servi de guide à la thérapeutique. Loin de nous la pensée de vouloir exposer ces théories, nous voulons simplement passer rapidement en revue les traitements qu'on a pu proposer récemment contre la migraine. Disons seulement que l'opinion la plus répandue et à laquelle se rattache l'auteur d'un excellent mémoire sur ce sujet, M. Thomas, est que la migraine est due à une irritation du sympathique qui aurait pour point de départ un rameau du trijumeau. D'autres auteurs ont fait jouer le principal rôle à l'irrigation sanguine défectueuse de l'encéphale, mais il s'agit encore ici de troubles nerveux vaso-moteurs. Eulenburg, par exemple, suppose que la dilatation des vaisseaux encéphaliques, dans un certain territoire, produit une distribution irrégulière du sang qui irrite les terminaisons sensibles du trijumeau. D'après cet auteur, les oscillations dans la masse sanguine intra-crânienne, qui produisent les accès, se développeraient sans la participation des vaso-moteurs à la suite, par exemple, d'une hémorrhagie, d'un trouble dans la fonction cardiaque, etc. Les individus prédisposés à la migraine sont les névropathes d'abord, ce qui semble indiquer la prédominance pathogénique de l'élément nerveux, puis les goutteux, les rhumatisants, les diabétiques, les anémiques, ce qui montre que l'état dyscrasique joue un rôle. Les troubles dans la vascularisation de l'encéphale ne sont pas douteux, mais ils ne sont probablement que secondaires. Eulenburg explique les différences de résistance au passage du courant galvanique qu'il a constatées dans les deux moitiés du crâne chez les sujets souffrant de la migraine et chez les hystériques atteintes d'hémi-

anesthésie, par la distribution irrégulière du sang à la surface du cerveau.

Dans toute question de thérapeutique, la première chose est de suivre l'indication causale, mais dans le cas particulier, si l'observance de ce principe est de rigueur, elle échoue dans beaucoup de cas, sans quoi l'on ne s'expliquerait pas la profusion des moyens plus ou moins empiriques qui ont été mis en vigueur pour combattre la migraine.

C'est d'abord le massage qu'on a employé dans une forme appelée myopathique par Rosenbach parce qu'elle reconnaîtrait pour cause une action mécanique exercée sur les muscles du cou ou leurs attaches, ainsi qu'en témoigne la douleur provoquée à la pression sur les insertions musculaires.

Le procédé de traitement consiste dans un tapotement rapide des régions frontale, temporale et occipitale ainsi que dans une sorte de massage.

L'acide salicylique, l'antipyrine, l'acétanilide comptent des guérisons à leur actif, mais souvent aussi la récidive ne tarde pas à se montrer ou bien on ne constate qu'un apaisement momentané de la douleur. Cependant l'emploi de ces dernières substances constitue un véritable progrès.

On sait que la migraine est une affection particulièrement fréquente chez les goutteux; or, M. A. Haig s'est efforcé de montrer qu'il y a un rapport entre cet état morbide et l'excrétion de l'acide urique qui est augmentée; il y a dans ces cas une exacerbation dans l'uricémie. Pour combattre cet excès, M. Haig a proposé l'emploi des acides, de l'acide citrique ou nitro-chlorhydrique, par exemple, dont les doses doivent être assez fortes lorsque la migraine succède à la digestion. Dans tous les cas, il faut que l'acidité de l'urine soit accrue, et qu'il y ait simultanément une diminution de l'acide urique pour pouvoir compter sur l'efficacité des acides. C'est par ce mécanisme que M. Haig explique l'action analgésique de l'antipyrine dans la migraine, car l'acidité urinaire est augmentée après son emploi. L'emploi des acides activerait dans ces cas la sécrétion urinaire et l'élimination de l'acide urique. Les malades doivent s'abstenir en même temps d'une alimentation trop azotée, de viande, de fromage, de bière.

C'est par une action chimique que le même auteur explique les bons effets du chlorure de sodium qui a été employé avec succès par Batom, Nothnagel, Rabow. Une demi-cuillerée à thé de sel gris, prise avec les premiers symptômes prémonitoires de l'accès de migraine, arrête parfois l'accès en une demi-heure. On a remarqué les mêmes effets favorables dans l'épilepsie dont on a pu prévenir les accès. Dans la migraine, le sel marin serait utile surtout lorsqu'il

existe des symptômes du côté de l'estomac. Mais cette action favorable s'explique plus simplement par un réflexe inhibitoire dont le point de départ se trouve dans l'excitation plus ou moins intense des extrémités nerveuses sensibles de la bouche, du pharynx, de l'estomac, et, ce qui paraît le démontrer, c'est qu'on obtient des effets analogues par l'ingestion d'une petite quantité de stimulant, d'une liqueur forte, par exemple.

Tout ce qui peut exciter les terminaisons nerveuses et en modifier l'état est susceptible de combattre la douleur dont les nerfs sont le siège, ainsi s'explique le succès des excitations périodiques faites par la percussion rhythmique avec les doigts ou avec le diapason appliqué sur la région douloureuse.

D'autres médications tiennent plutôt compte de l'état général qui peut contribuer à produire les accès de migraine. Une personne fortement obèse, traitée par Eulenburg par la méthode d'Œrtel, vit disparaître des accès douloureux et tenaces. Mais cette méthode n'est pas applicable dans tous les cas, on peut cependant retirer de grands avantages de pratiques hydrothérapiques souvent fort simples. Voici un procédé qui a été vanté par Pelizaeus. Avant de prendre un bain, surtout un bain froid, le malade doit s'abstenir de tout travail physique ou intellectuel, il doit être à jeun et ne pas éprouver de frissons. Après un bain chaud, le repos est de rigueur; il faut au contraire de l'exercice, promenade ou gymnastique après un bain froid. Tous les jours le patient prend un bain froid de 18° à 23° R. de deux à cinq minutes de durée, plus tard, il fait des ablutions froides le matin avec une éponge. Le régime doit être substantiel et l'exercice actif pendant toute la durée du traitement. Enfin le patient termine sa cure après quatre semaines par l'enveloppement dans le drap mouillé pendant une heure à une heure et demie, après quoi il se frictionne avec de l'eau froide. Dans l'observation de l'auteur, le malade n'avait pas souffert de la migraine deux ans et demi après un traitement qui avait duré six semaines.

Parmi les substances empiriquement employées contre la migraine, il faut citer la cysticine employée par Krœpelin qui injecte sous la peau de 2 à 5 milligrammes de cette substance tout à fait au début de l'attaque. Celle-ci disparaitrait presque immédiatement.

Enfin un médecin américain Dunn (*Therapeutic Gazette*, 8,88) a obtenu un succès complet en s'injectant sous la peau 6 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne. Les effets physiologiques furent marqués mais il n'y eut pas d'accident. Il y eut de l'insomnie, de l'agitation, avec de l'exagération de tous les réflexes, de celui du genou surtout, et la volonté fut impuissante à calmer l'excitation. En même temps le pouls devint précipité et il y eut quelques palpitations. L'auteur a

remarqué qu'il avait, sous l'influence de la cocaïne, la faculté de suspendre les mouvements respiratoires sans en éprouver les inconvénients habituels, pendant deux minutes. Dans la suite la respiration n'en était pas plus précipitée. Le résultat du traitement a été la diminution très notable de fréquence des accès de migraine. Après chaque injection, il se manifeste un peu d'abattement, mais ce symptôme paraît avoir moins d'intensité que si on abandonnait la maladie à son cours. L'augmentation de l'excitabilité réflexe, l'inquiétude, une loquacité plus grande, des palpitations légères sont les phénomènes habituellement observés dans ces cas à la suite de l'injection hypodermique de cocaïne. Les patients se plaignent aussi d'une certaine sensation de froid qu'il est facile de dissiper par les stimulants. Dunn a associé enfin avec un certain avantage la cocaïne à la morphine (cinq milligrammes) en injections sous-cutanées.

L'action que la cocaïne exerce sur la fonction respiratoire a été mise à profit pour combattre les accès d'asthme. Mosler l'a employée dans ces cas avec succès. Il semble que le médicament diminue l'excitabilité du centre respiratoire, ce qui annihile l'action des causes qui provoquent le spasme bronchique. La faculté que les individus soumis à l'action de la cocaïne ont de pouvoir suspendre leur respiration pendant un temps relativement long semble confirmer cette opinion.

L. Jumon.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Sur la diphthérie scarlatineuse, par le Dr *V. Filatow* (*Archiv. f. Kinderheilkunde*, t. 9, fasc. 1.)

Le point spécial que l'auteur s'efforce d'élucider dans ce travail est de savoir si la diphthérie scarlatineuse est identique à la diphthérie commune.

Cette question de l'identité de la diphthérie scarlatineuse et de la diphthérie commune se réduit à ceci : le contage de la scarlatine est-il en état de provoquer l'apparition de la même maladie que le poison de la diphthérie vraie ?

Il est d'abord hors de doute que, dans les régions qui sont absolument indemnes de diphthérie, on observe fréquemment dans le cours de la scarlatine des inflammations diphthéritiques graves qui s'accompagnent d'une nécrose de la muqueuse.

D'autre part, lorsque dans une même famille, il existe simultanément plusieurs cas de scarlatine, on peut observer tantôt une simple angine catarrhale, tantôt une angine folliculaire, d'autres fois une

angine diphthéritique, bien que les malades soient couchés les uns à côté des autres. En outre, il n'est point rare de voir survenir dans les hôpitaux, une diphthérie commune chez un individu qui est à peine entré en convalescence d'une diphthérie scarlatineuse (Hénoch).

L'auteur tire de ces faits cette conclusion que le contage de la scarlatine peut à lui seul provoquer l'apparition d'une angine pseudo-diphthéritique, sans qu'il se produise à ce moment-là, aucune intervention du poison de la diphthérie vraie.

Les partisans de l'identité des deux processus s'appuient sur l'identité des modifications anatomiques d'une part, et d'autre part sur la possibilité de l'apparition d'une angine diphthéritique sans exanthème dans des familles où règne la scarlatine.

Mais ces derniers cas nous montrent nettement que le poison de la scarlatine peut produire l'inflammation diphthéritique qui lui est spéciale, sans qu'il y ait nécessairement un exanthème, de même qu'il existe d'autres formes d'angines scarlatineuses sans exanthème scarlatineux.

Des cas de ce genre confèrent également l'immunité vis-à-vis d'une seconde infection scarlatineuse et ne propagent aucune infection diphthéritique.

Au point de vue clinique, les différences qui séparent la diphthérie scarlatineuse de la diphthérie commune sont les suivantes :

1° La diphthérie scarlatineuse, lorsqu'il n'existe pas en même temps, et la chose arrive rarement, une complication de diphthérie vraie, survient généralement vers le 3°, le 4° ou le 5° jour de la maladie, jamais plus tard ;

2° Dans presque tous les cas de scarlatine qui se compliquent de diphthérie scarlatineuse, on observe des températures initiales très élevées et d'autres symptômes dénotant une intoxication grave ;

3° Dans une épidémie de scarlatine, l'angine scarlatineuse peut se présenter avec toutes les formes de transition imaginables, depuis l'angine catarrhale la plus légère jusqu'à la pharyngite diphthéritique la plus grave. Il n'est guère possible de considérer toutes ces formes autrement que comme l'effet d'un seul et même poison, le poison scarlatineux ;

4° La diphthérie scarlatineuse a une tendance manifeste à s'étendre en haut et non point dans le larynx. Lorsque ce dernier fait se produit, c'est que la diphthérie s'est développée à une période exceptionnellement avancée de la maladie, et alors on est en droit de la considérer comme une diphthérie vraie ;

5° La propagation de la diphthérie scarlatineuse dans l'espace naso-pharyngien, n'entraîne pas un pronostic grave. Au contraire, lorsque la diphthérie vraie s'étend dans cette région, le pronostic

prend une gravité extrême, parce que, dans ces cas, l'on a presque toujours affaire à une forme septique;

6° Dans la diphthérie vraie, la tuméfaction des ganglions lymphatiques et du tissu cellulaire de la région cervicale ne se termine presque jamais par suppuration, contrairement à ce que l'on peut observer le plus habituellement dans la scarlatine. Dans un cas, c'est souvent un œdème plus ou moins considérable du tissu cellulaire, dans l'autre une infiltration dure, inflammatoire, qui accompagne ces tuméfactions.

D'autres différences résultent encore de l'apparition des paralysies consécutives que l'on observe si souvent dans la convalescence de la diphthérie vraie. (*Rev. des mal. de l'enf.*)

MEMENTO PRATIQUE

Des propriétés de la mandragore, par M. *Richardson*. — Ces expériences ont été faites avec la teinture de racine de mandragore que l'on administrait soit par la voie buccale, soit par la voie sous-cutanée.

Les effets obtenus sont ceux du narcotisme : la mydriase, des paralysies sensitivo-motrices, un état comateux auquel succédait de l'excitation au moment du réveil.

Appliquée sur la muqueuse linguale, la teinture alcoolique de mandragore provoque une sensation d'engourdissement persistant durant plusieurs minutes. Ingérée à l'intérieur par doses modérées, elle amène le sommeil, une sensation de plénitude vasculaire à la tête, et des troubles de la vision et de l'ouïe. Finalement, l'état nerveux est comparable à la neurasthénie.

La mandragore emprunte vraisemblablement ses vertus à un alcaloïde comparable à l'atropine. Elle lui doit ses vertus analgésiques dont les anciens chirurgiens faisaient usage pour atténuer les douleurs opératoires. A ce point de vue, la mandragore mérite d'être à nouveau étudiée. (*Asclepiad*, mai 1888, n° 958 et *Gaz. hebd.*)

VARIÉTÉS

Création d'un laboratoire micrographique.

M. Ch. Girard, chef du laboratoire municipal, vient d'adresser au Conseil municipal de Paris un rapport tendant à l'installation d'un laboratoire micrographique dont la direction serait confiée à des médecins.

Voici les passages essentiels de ce rapport :

La recherche des bactéries pathogènes s'impose de plus en plus dans le lait et dans l'eau que l'on s'accorde aujourd'hui à reconnaître comme figurant au premier rang des moyens de propagation des maladies infectieuses. Sans parler des germes de variole et de scarlatine transportés par le lait, la transmission de la tuberculose par ce liquide, qui est si vivement discutée depuis quelques années, compte aujourd'hui bien peu d'adversaires dans le monde médical et déjà plusieurs commissions d'hygiène d'arrondissements de la Seine ont émis le vœu que la recherche des bacilles de la phthisie dans le lait fut effectuée au laboratoire, concurremment avec l'analyse chimique.

Ce vœu n'a pu être réalisé, faute d'un local et d'un personnel suffisants. La bactériologie exige, en effet, des connaissances médicales et chimiques générales, une étude spéciale des méthodes de coloration et de culture des microbes, qui ne peut être acquise que par un travail pratique dans les laboratoires spéciaux, tels que celui de bactériologie à l'Ecole de médecine de chimie biologique à la Sorbonne, enfin celui de M. Pasteur.

Outre l'étude des laits, le même employé pourrait faire au laboratoire municipal la recherche dans les eaux des bacilles de la fièvre typhoïde, et à l'occasion de celui du choléra, recherches souvent demandées par les municipalités de province, qui soumettent fréquemment leurs eaux d'alimentation à l'analyse du laboratoire de Paris. En l'absence d'installation convenable, le laboratoire a dû s'entendre avec le docteur Chantemesse, chef des travaux de bactériologie à l'Ecole de médecine, pour effectuer ces recherches, moyennant honoraires payés par les intéressés ; mais il serait à désirer, pour la garantie de la rapidité et de la vigilance des recherches, que cet examen fut fait dans un local et par un personnel dépendant complètement du chef du Laboratoire municipal.

Enfin, le même service serait chargé de l'examen des cidres, des bières, des vins et des conserves, au point de vue des altérations et des maladies dont ils sont l'objet. A plusieurs reprises, des analyses de ces denrées alimentaires ont dût être complétées par des recherches microscopiques pour lesquelles jusqu'ici le Laboratoire a pu donner des réponses satisfaisantes, mais qui gagneraient évidemment en sûreté et en autorité à être confiées à un personnel spécialement exercé.

Afin de revêtir d'un caractère tout spécial ces nouvelles fonctions, nous estimons qu'il importerait de les confier à un chimiste ayant le titre de docteur-médecin, et auquel il serait alloué des émoluments en rapport avec la nature et l'importance de ses attributions.

L'étude des aliments, faite dans le sens que nous venons d'indiquer, présente de grandes difficultés et exige, de la part de celui qui en est chargé, une attention soutenue et des capacités techniques incontestables.

Le titulaire de ce service devrait donc satisfaire aux conditions exigées par l' Administration et subir, comme tous les chimistes du Laboratoire, un concours dont le sujet serait approprié à ses fonctions et dont le jury serait le jury habituel du Laboratoire, auquel on adjoindrait, par exemple, le professeur de bactériologie de l'Ecole de médecine, et l'un des professeurs suivants : Drs Grancher, Roux ou Nocard, du laboratoire de M. Pasteur.

Le Laboratoire devra, à notre avis, offrir des avantages pécuniaires assez larges pour attirer vers lui les candidats sérieux qui voudraient concourir pour l'emploi dont il s'agit.

Dans ces conditions, nous estimons qu'il y aurait lieu de fixer à 4,500 fr. le traitement de début du titulaire dudit service et pouvant être porté à 6,000 fr. par augmentations périodiques.

D'autre part, il serait utile d'adjoindre à cet expert un aide au traitement de 2,400 fr., qui serait choisi parmi les candidats du Laboratoire.

En outre, il serait indispensable qu'il fût installé une salle spéciale pour les recherches qui nécessitent une atmosphère aussi calme que possible et un outillage approprié à ce genre de travail.

Congrès pour l'étude de la tuberculose.

A la suite du Congrès pour l'étude de la tuberculose, le président, M. A. Chauveau, a adressé à M. le président du Conseil des ministres, ministre de l'intérieur, la lettre suivante, qui renferme les vœux formulés à diverses reprises par les membres du Congrès :

« Monsieur le Président du Conseil,

« Vous avez bien voulu vous faire représenter auprès du Congrès pour l'étude de la tuberculose par M. le directeur de l'Assistance publique. Le Congrès vous en a été très reconnaissant et m'a chargé de vous transmettre tous ses remerciements. Il m'a donné également la mission de vous adresser les résolutions votées par le Congrès dans la dernière séance. Ces résolutions résument les divers *desiderata* qui se sont produits au cours des discussions et auxquels il ne peut être donné satisfaction que par les pouvoirs publics.

« Elles ne concernent pas seulement la France, mais elles tendent encore à améliorer l'hygiène publique dans tous les pays du monde, dont les représentants à notre Congrès ont sanctionné par leur vote unanime les vœux exprimés dans ces diverses proportions.

« L'une d'elles, la première, est déjà réalisée en France depuis quelques jours. C'est un bon exemple, qui ne tardera pas à être suivi par les autres nations.

« Les voici toutes, dans l'ordre où elles ont été votées par le Congrès :

« 1° Il y a lieu d'inscrire la tuberculose dans les lois sanitaires de tous les pays du monde, parmi les maladies contagieuses nécessitant des mesures prophylactiques spéciales, tombant sous le coup des lois et règlements sur la police sanitaire des animaux ;

« 2° Il y a lieu de poursuivre, par tous les moyens possibles, y compris l'indemnisation des intéressés, l'application générale du principe de la saisie et de la destruction totales, pour toutes les viandes provenant d'animaux tuberculeux, quelles que soit la gravité des lésions spécifiques trouvées sur ces animaux ;

« Il y a lieu de soumettre à une surveillance spéciale les vacheries consacrées à la production industrielle du lait destiné à être consommé en nature, pour s'assurer que les vaches ne sont pas atteintes de maladies contagieuses — la tuberculose entre autres, — susceptibles de se communiquer ;

« 4° Il y a lieu de rédiger des instructions simples, qu'on répandrait à profusion dans les villes et dans les campagnes, et dans lesquelles on indiquerait les moyens à employer pour se mettre à l'abri des dangers d'infection tuberculeuse par l'alimentation, particulièrement avec le lait — et pour détruire les germes virulents contenus dans les crachats, linges, literie, etc., des tuberculeux ;

« 5° Il y a lieu de placer dans les attributions des Conseils d'hygiène toutes les questions relatives aux maladies contagieuses des animaux domestiques, y compris celles qui ne semblent pas, quant à présent, transmissibles à l'homme : à la vaccine, à la morve, la rage, le charbon, la tuberculose, peuvent en effet s'ajouter plus tard d'autres maladies infectieuses communes, exigeant une protection également commune ;

« Le Comité permanent d'organisation du Congrès se tiendra à la disposition des divers gouvernements, pour leur donner tous les renseignements propres à faciliter la réalisation des vœux exprimés dans les propositions ci-dessus.

« Il me reste à ajouter, monsieur le président, que tous les délégués étrangers présents à nos réunions emportent des assises auxquelles ils ont assisté, la meilleure impression. Ils ont multiplié et varié de toutes manières les témoignages de leur satisfaction. C'est un grand succès pour la France.

« Je tiens beaucoup à vous rappeler qu'il est dû surtout aux efforts

de M. le Dr L.-H. Petit, secrétaire général, auquel le Congrès a voté les plus chaleureux remerciements.

« Veuillez agréer, etc. »

NOUVELLES

Mission scientifique. — M. Louis Wickham, interne des hôpitaux de Paris, est chargé d'une mission scientifique à l'effet d'étudier l'organisation de l'enseignement dermatologique en Angleterre.

Légion d'honneur. — Est nommé au grade de commandeur M. le médecin inspecteur Widal, directeur du service de santé du 19e corps d'armée.

Concours pour les bourses de pharmacie. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu, au siège des Écoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le jeudi 25 octobre 1888.

Les candidats s'inscriront au Secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le lundi 15 octobre à 4 heures.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de 4, 8 ou 12 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* les examens de fin de première et de deuxième année et l'examen semestriel;

2° Les pharmaciens de 1re classe aspirant au diplôme supérieur.

Ces différents concours porteront sur les matières suivantes :

Candidats au grade de pharmacien de 1re classe. — *Élèves ayant quatre inscriptions.* — Composition écrite : Physique. Chimie minérale. Organographie et anatomie végétale.

Épreuve orale : Pharmacie galénique.

Élèves ayant huit inscriptions. — Appréciation des notes méritées aux travaux pratiques de première année.

Compositions écrites : Chimie organique. Famille des plantes phanérogames. Matière médicale.

Épreuve orale : Pharmacie chimique.

Élèves ayant douze inscriptions. — Appréciation des notes méritées aux travaux pratiques de deuxième année.

Composition écrite : Analyse chimique. Toxicologie. Hydrologie.

Épreuve orale : Zoologie et cryptogamie.

Candidats au diplôme supérieur. — Appréciation des études antérieures. — Notes des travaux pratiques de troisième année et des travaux probatoires.

Section des sciences physico-chimiques. — Composition écrite : Physique. Chimie analytique. Histoire naturelle générale.

Épreuve orale : Toxicologie.

Section des sciences naturelles. — Composition écrite : Botanique. Zoologie. Chimie générale.

Épreuve orale : Hydrologie, minéralogie.

Les candidats pourvus du grade de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complet, qui ont été admis à ce grade avec la note *bien*, peuvent obtenir sans concours une bourse de première année.

LES SOCIÉTÉS MÉDICALES AU CONSEIL GÉNÉRAL DU RHONE. — Le Conseil général du Rhône, a dans sa dernière session, supprimé les subventions qu'il accordait depuis de longues années à plusieurs Sociétés médicales. Sur quatre médecins siégeant au Conseil général un seul a voté cette suppression. (*Bull. méd.*)

LES MÉDECINS DE L'HOPITAL DE ROMANS. — Le Conseil d'administration de l'hospice de Romans a décidé que les médecins en résidence à Romans, au nombre de sept, sont chargés semestriellement et à tour de rôle du service médical de l'hospice. Les places sont au nombre de deux, chaque médecin aura donc un service pendant six mois tous les trois ans. Le *Lyon Médical* qui rend compte de cette organisation en fait ressortir la bizarrerie et croit qu'il y avait mieux à faire dans l'intérêt des malades surtout.

L'ANESTHÉSIE EN OBSTÉTRIQUE ET LA COTE D'ADAM. — Ai-je le droit de recourir au chloroforme pour m'éviter les douleurs de l'enfantement ? Telle est la question posée par une femme à M. Hugues Le Roux, le spirituel chroniqueur du *Temps*. Abritant sa modestie derrière l'opinion de Saint Sulpice et d'un philosophe, M. Hugues Le Roux répond en ces termes à sa cliente : « Vous n'avez pas le droit de mettre en péril, pour vous épargner la souffrance, ni votre vie, ni la vie de l'enfant à naître de vous. Si un médecin digne de confiance accepte la responsabilité de ce risque, agissez selon votre bonne foi et selon votre scrupule. Le souvenir du texte biblique : « Tu enfanteras dans la douleur » ne doit point vous troubler. L'enfantement est autant un acte moral qu'un phénomène physique : il survit à la naissance, et pour les douleurs d'âme, conséquence de la maternité, la médecine ne trouvera point de remède. »

« — Et enfin voulez-vous que je vous donne mon avis ? m'écrit une femme qui me paraît avoir plus d'esprit que de foi. Vous nous la baillez belle avec votre verset biblique qui nous obligerait nous autres, pauvres créatures, à supporter les douleurs sans chercher à y porter remède.

« Il y a un homme, un seul, qui ait accouché une fois en sa vie... et il s'est fait endormir.

« Rouvrez, je vous prie, les écritures. Vous y verrez que Dieu, ayant eu à prendre une des côtes d'Adam pour en créer Ève, exécuta cette opération pendant le sommeil de notre aïeul. »

— BELGIQUE : ABUS DE LA CONSULTATION GRATUITE A LIÈGE. — La Société médicale de Liège s'est occupée de la question des policliniques, et à ce propos, le Dr Brasseur a présenté certaines considérations sur les abus auxquels ont donné lieu l'installation des services de policliniques. Il a fait remarquer que, depuis leur installation, le nombre des malades qui viennent réclamer des soins à la consultation des hôpitaux a à peu près doublé ; pourquoi cette augmentation ? Elle est due, en grande par-

tie, à ce que nombre de gens aisés ou riches viennent chaque jour à la policlinique réclamer des soins auxquels ils n'ont aucun droit. Cet état de choses est déplorable, non seulement pour le corps médical, qui est dans ces circonstances véritablement dupe, mais également pour le bien des pauvres qui est, pour une part considérable, employé à l'usage des personnes aisées au détriment des indigents.

M. Brasseur propose de ne plus admettre aux policliniques que les personnes qui se présenteront munies d'un certificat d'indigent.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Lecrosnier et Babé, libraires-éditeurs, 23, place de l'École-de-Médecine.

Étude médico-philosophique sur les pertes séminales involontaires, spermathorrée, par le Dr Pouillet, 3e édition. 1 vol. in-18, 3 fr. 50.

Manuel de diagnostic chimique, au lit du malade par le professeur H. Tappeiner, traduction faite sur la deuxième édition allemande par M. Nicolle interne des hôpitaux et mise au courant des dernières connaissances par l'auteur, avec une préface par le Dr Albert Robin 1 vol, in 16, avec 8 figures intercalées dans le texte, 2 francs.

De la situation des fœtus et de la disposition des œufs dans les cas de grossesse gemellaire par le Dr M. Lamiot. In 8° avec figures dans le texte 3 fr. 50

Recherches cliniques sur le délire hypochondriaque, valeur séméiologique, par le Dr Jouannac, in-8 2 fr. 50.

L'année médicale (10e année 1887). Résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales, publié sous la direction du Dr Bourneville, médecin de l'hospice de Bicêtre, etc. 1 vol. in-18, 4 francs.

Prix des tomes 1 à 98 net, 12 francs. — Prix de chacun de ces volumes séparément, 2 francs.

Traité clinique des maladies mentales, par le Dr Schule, médecin de l'asile d'Illenau, etc., 3e édition 1886, traduite par les Drs J. Dagonet et G. Duhamel, revue et augmentée par l'auteur. Préface de M. le Dr H. Dagonet, etc. 2e fascicule, 1 vol. in-8, 5 francs.

Prix de l'ouvrage complet, 1 vol. in-8, 9 francs.

Psoriasis et arthropathies, par le Dr C. Bourdillon, 1 vol. in-8°, 5 francs.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 113. JEUDI 27 SEPTEMBRE 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.



VIANDE, QUINA, PHOSPHATES
VIN DE VIAL
Tonique, Analeptique, Reconstituant
Composé des substances indispensables à la formation et à la nutrition des systèmes musculaire et osseux.
Nous laissons au Médecin le soin d'apprécier tout le parti qu'il peut tirer de l'heureuse association de ces trois substances :
VIANDE, QUINA, PHOSPHATE DE CHAUX
Pharmacie J. VIAL, 14, rue Bourbon, LYON

35e Année. — Tome II. N° 113 Jeudi 27 Septembre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 26 *septembre* 1888.

M. Albert Robin a lu à l'Académie un mémoire très étudié sur l'albuminurie dans le cours de la variole. Il en distingue quatre variétés : l'albuminurie prémonitoire, survenant avant l'éruption, dont on ne connaît encore qu'un seul cas; l'albuminurie transitoire et peu marquée qui apparaît au début de l'éruption ou de la suppuration ; l'albuminurie abondante qui peut survenir à une époque quelconque de la période aiguë; enfin l'albuminurie de la convalescence qui présente elle-même deux formes, l'une transitoire et peu sérieuse, l'autre relevant d'une véritable néphrite variolique dont les caractères sont décrits par le professeur Renault (de Lyon), dans une note que M. Albert Robin a jointe à son travail.

M. Lejars, prosecteur à la faculté de médecine de Paris, a utilisé la propriété de la racine d'orcanette et de la racine de curcuma de se dissoudre dans les matières grasses, pour injecter les veines au moyen des artères. C'est assurément le meilleur moyen d'étudier les origines des veines et les voies de communication artério-veineuses.

M. Onimus a étudié à Nice les conditions de ce qu'on a appelé la journée médicale, c'est-à-dire la période de la journée pendant laquelle les malades peuvent et doivent sortir; il y a là de curieuses études de température dont les médecins et les malades de la Riviera ne seront pas seuls à faire leur profit.

M. Siredey a fait un court rapport sur un travail intitulé : Etude sur le traitement de la fièvre puerpérale, étude trop résumée et manquant d'observations sur lesquelles on puisse appuyer des conclusions. M. Guéniot et M. Charpentier ont rappelé à ce propos ce qu'ils avaient dit dans la dernière séance à propos du curage et de l'écouvillonnage de l'utérus, mais il n'y a pas eu à proprement parler de discussion. A. Ch.

Quelques remarques à propos du curetage de l'utérus,

Par M. de Tornéry.

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Nous n'entreprendrons pas ici de faire ressortir les avantages d'un curetage de l'utérus bien fait ni d'en indiquer le manuel opératoire; la chose est connue depuis longtemps. Nous voulons seulement, comme l'annonce le titre de notre article, insister sur certains détails de technique, dont l'expérience nous a démontré l'utilité. Et d'abord comment faut-il pratiquer la dilatation préalable du col? Divers moyens ont été employés. Tout le monde est à peu près d'accord pour rejeter les cônes d'éponge préparée, qui rugueuse, éraillant facilement les tissus, d'une asepsie difficile, est bien inférieure à la laminaria; mais malgré cette supériorité évidente faut-il recourir à cette dernière? Nous ne le pensons pas, malgré la vogue dont elle jouit à l'heure actuelle, et nous allons dire les motifs qui nous ont amené à l'exclure de notre pratique. Si les cônes de laminaria peuvent être maintenus parfaitement aseptiques, il est nécessaire qu'ils restent un jour ou deux dans le col avant de produire l'effet désiré. Pendant un jour ou deux les malades doivent être soumises à une surveillance rigoureuse, si l'on tient à éviter tout accident. Il faut qu'elles gardent le lit. Avec la dilatation mécanique nul besoin de toutes ces prescriptions gênantes. Les séances durent de quatre à cinq minutes et deux ou trois suffisent pour atteindre le résultat qu'on se propose. La femme peut, après chacune d'elles, vaquer à ses occupations, elle n'a qu'à prendre quelques précautions bien faciles à suivre.

Voici comment nous procédons. Dans beaucoup de cas nous n'abaissons pas le col, et alors pour opérer avec plus d'aisance, nous nous servons de dilatateurs à manche très long et présentant une courbure à l'extrémité libre, celle qui doit agir sur le col. Comme nous croyons qu'il est nécessaire d'élargir ce dernier dans toutes les directions à la fois, il sera bon de donner à son instrument une double courbure, l'une périnéale et l'autre suivant l'axe normal de l'utérus.

Une fois que l'élargissement du col a atteint un degré convenable, nous passons alors des bougies d'un calibre progressivement croissant, construites sur le type de celles d'Hégar, mais plus longues. Il est utile de leur donner aussi une double courbure. Nous arrivons avec la bougie qui dilate dans tous les sens, plus complètement et d'une façon plus parfaite au but que nous nous proposons que si nous continuions l'usage des dilatateurs. D'autre part, en procédant d'emblée avec les bougies, on éprouve plus de difficultés, et on cause plus de douleurs aux patientes, qu'en se servant d'abord des dilatateurs.

La dilatation mécanique ne cause guère plus de douleur que le

ferait l'introduction d'une tige de laminaria ; et les femmes qui ont été soumises aux deux procédés déclarent se trouver beaucoup mieux de notre manière de faire. Cela est facile à comprendré. Le petit cylindre de laminaria irrite pendant des heures une muqueuse parfois très sensible, souvent enflammée, et par conséquent d'autant disposée aux réflexes; il en résulte une inquiétude nerveuse, des coliques utérines, un sentiment de tension dans le bas-ventre, quelquefois même des nausées, des vomissements, du péritonisme. Avec les instruments dont nous avons indiqué plus haut les dispositions, la rapidité de l'exécution met à l'abri de tous les symptômes. Pour s'en convaincre on n'a qu'à employer l'excellent dilatateur du Dr Chéron, médecin de Saint-Lazare.

Une fois le col élargi, faut-il procéder immédiatement au curetage, sans se donner la peine de préparer l'utérus ? Nous ne sommes pas de cet avis et voici pourquoi. Le râclage de la muqueuse utérine n'est pas l'opération bénigne, de petite chirurgie, que certains auteurs imaginent volontiers. Il suffit de parcourir les Revues de gynécologie françaises et étrangères pour y trouver bientôt d'assez nombreux cas de morts déterminés par le curetage de la matrice. Tantôt dans ces cas la muqueuse était le siège d'une inflammation plus aiguë qu'on ne le pensait, tantôt il existait un peu de périmétrite passée inaperçue tellement elle était légère, mais qui n'en avait pas été moins dangereuse pour cela. Pour nous mettre à l'abri de pareilles éventualités, nous faisons pendant quelques jours des injections intra-utérines prolongées d'eau chaude à 40° pendant trois quarts d'heure environ. Ces injections jouissent, en effet, d'une efficacité remarquable contre les métrites et les périmétrites. Nous renvoyons pour plus amples détails sur ce sujet à une monographie sur l'emploi de l'eau chaude en gynécologie, que nous nous proposons de faire paraître sous peu et à la thèse d'un de nos élèves, du Dr Gérard, sur le traitement des périmétrites chroniques par les injections d'eau chaude prolongées. Parfois les effets produits par ces dernières sont tels, qu'ils dispensent du curetage. S'il n'en est pas ainsi, on a toujours modifié heureusement la muqueuse utérine, et les annexes de la matrice. Admettons qu'il faille râcler la muqueuse. Il est facile, il est même peu dangereux d'abaisser l'utérus, on se donne ainsi beaucoup plus de facilité, les mouvements sont plus sûrs et on atteint mieux toutes les parties de l'utérus. Mais cette manœuvre est parfois fort douloureuse et nécessite alors le chloroforme. Elle réclame aussi des aides assez nombreux. Enfin elle répugne à beaucoup de bons esprits.

Quand la métrite fongueuse est légère nous croyons qu'on peut s'en passer et voici alors notre manière de faire. Nous nous servons de curettes très longues et dont le manche est en métal

flexible, par exemple en argent pur ou en cuivre mou. Nous recherchons avant de les introduire, la situation exacte de la matrice par le toucher bimanuel et par l'hystérométrie. Nous courbons la tige de notre curette suivant la direction qu'a prise cet organe, ce qui nous permet d'introduire l'instrument sans aucune difficulté. On arrive ainsi à cureter des utérus en rétroversion très marquée et retenus inébranlablement par des adhérences fibreuses. Notre excellent ami, M. Batuaud, interne à Saint-Lazare, a modifié ses curettes suivant qu'il veut gratter la paroi antérieure, la paroi postérieure, la paroi latérale gauche et la paroi latérale droite. Ces modifications très ingénieuses rendent, en effet, le curetage plus facile et permettent de se passer d'aides. Quant à nous, nous aimons mieux nous contenter de deux curettes dont l'une un peu tordue sur son axe comme les curettes latérales de M. Batuaud, et dont nous augmentons au besoin la torsion dans certains cas pour mieux atteindre l'orifice des trompes. Chaque curette présente de chaque côté du tranchant, à mi-hauteur de l'anneau, un rebord saillant pour limiter l'enfoncement de la lame.

Nous croyons cependant, ainsi que nous l'avons dit plus haut, que lorsque la métrite fongueuse est intense, il faut abaisser l'utérus si l'on veut avoir une opération bien complète.

Immédiatement après le curetage, nous faisons une injection intra-utérine de trois quarts d'heure environ avec de l'eau chaude à 40°. On obtient ainsi une obturation des vaisseaux solide et durable, et l'on échappe, par conséquent, aux hémorrhagies consécutives.

Puis le pouvoir antiphlegmasique de l'eau chaude prévient toute inflammation et cette opération relativement dangereuse avec les anciennes méthodes devient ici tout à fait bénigne. A la fin de l'injection il sera bon de désinfecter la muqueuse avec un liquide antiseptique. En outre des substances en usage actuellement, nous avons employé deux corps nouveaux, la créoline et l'acide fluorhydrique. Employée depuis quelque temps en Allemagne, Max Kortum et Braune l'ont introduite en obstétrique. M. le Dr A. Weber, de Paris, déclare aussi s'en être bien trouvé dans plusieurs cas de maladies de femme. Sans ajouter foi aux qualités magnifiques que lui assigne l'enthousiasme de Max Kortum, nous croyons que c'est un bon antiseptique utile surtout dans la blennorrhagie de la femme. Récemment, Braune a cité un cas dans le *Central blatt für gynécologie* où l'usage de la créoline avait amené des urines noires. Nous-même en ayant recommandé l'emploi dans un cas de fièvre puerpérale légère, nous avons vu survenir des symptômes nerveux inquiétants. Facile à émulsionner dans l'eau, d'une odeur goudronneuse moins désagréable que celle de l'acide phénique, la créoline, sans avoir des qualités bien supé-

rieures à celles des autres antiseptiques et sans être aussi dépourvue de qualités nocives que l'ont proclamé Fechner, Eulembourg, Esmarch, mérite d'être étudiée avec soin. Nous avons employé les solutions à 3 et à 4/000. D'après les auteurs allemands qui se sont occupé de cette question, elle serait précieuse en ce qu'elle tue rapidement les microbes du pus.

Quant à l'acide fluorhydrique à 6/000, à 5/000 et à 4/000 que nous expérimentons depuis longtemps, sans être supérieur à l'acide phénique et sans être aussi désinfectant que le sublimé, il a au moins pour lui d'être bon marché et de n'être pas vénéneux. Nous continuons, du reste, nos recherches pour être fixé définitivement sur sa valeur.

Quelque soit l'antiseptique choisi, nous prolongeons quelque temps nos injections intra-utérines d'eau chaude. Nous pensons qu'on se met ainsi mieux à l'abri des complications inflammatoires, on y trouve encore l'avantage de faire diminuer considérablement la subinvolution utérine, compagne habituelle de la métrite fongueuse. D'après les faits que nous avons observés, nous croyons qu'on évite ainsi les récidives des fongosités assez fréquentes quand on se borne simplement au curetage. Nous renvoyons pour plus amples détails à la thèse d'un de nos élèves, le Dr Duval, *sur le traitement des subinvolutions utérines par les injections prolongées d'eau chaude.* Les observations qu'elle contient permettront au lecteur de se convaincre de la grande efficacité et de l'inocuité parfaite de cet agent thérapeutique d'un prix insignifiant et d'un maniement très simple.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 *septembre* 1888. — *Présidence de* M. HÉRARD.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre de M. le Dr E. Verrier, qui se porte candidat dans la section d'accouchements ; 2° une lettre de M. Peyraud (de Libourne), qui se porte candidat au titre de correspondant (1re division) ; 3° M. le Dr Ginili, d'Alexandrie (Egypte), adresse un pli cacheté sur certains remèdes contre la diphthérie (envoyé pour le prix Saint-Paul).

L'INJECTION DES VEINES PAR LES ARTÈRES. — M. le Dr *Lejars*, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, présente à l'Académie deux spécimens d'une méthode nouvelle d'injection des veines. M. Lejars a employé deux substances colorantes solubles dans les corps gras : la racine d'orcanette et la racine de curcuma. En injectant le système veineux par ses racines, cette méthode permet

l'étude complète de ses origines. Si la question des canaux dérivatifs, des voies de communication artério-veineuses, autres que les capillaires, reste problématique, c'est par cette méthode que l'on obtiendra sans doute une solution définitive.

La Journée médicale dans les stations hivernales, par le Dr *Onimus*. — Nous voulons signaler quelques observations faites l'hiver dernier, sur les conditions de ce qu'on a appelé « la journée médicale », c'est-à-dire sur le moment pendant lequel les malades peuvent et doivent sortir. Nous ne nous occuperons que du midi méditerranéen, car c'est là seulement que nous avons pu faire des observations personnelles et comme ces observations ont été faites au moyen des thermomètres enregistreurs de MM. Richard, nous croyons que les indications en sont plus précises, et que dans tous les cas l'ensemble des phénomènes est par ces procédés, plus facile à comparer et à étudier.

En examinant les courbes thermiques on aperçoit nettement que toujours, ce qui d'ailleurs est connu depuis longtemps, le minimum de température a lieu au moment du lever du soleil. Ce minimum est surtout très prononcé, lorsque la journée sera belle ; il forme alors sur le tracé comme une sorte de crochet. Il n'y a au contraire, aucune baisse de la température lorsque le ciel est couvert ou lorsqu'il pleut. Dans ce cas, le tracé reste presque en ligne droite toute la journée, et il n'y a pour ainsi dire ni minimum ni maximum.

Dès que le soleil est levé, la température monte brusquement et d'une façon continue jusqu'à un maximum qui varie selon le mois, au point qu'à la vue du tracé selon l'heure du maximum on peut facilement deviner dans quel mois il a été pris.

Le maximum avance avec la saison, car pour les 4 premiers mois de l'année, il arrive aux heures suivantes : en janvier de 2 à 3 heures, en février de 1 à 2 heures, en mars vers midi et en avril, il a lieu déjà quelquefois à 10 heures du matin. En même temps, à mesure qu'il est en avance, il persiste pendant plus longtemps, car à la fin d'avril la ligne se maintient à peu près au même niveau de 10 heures du matin à 5 heures de l'après-midi.

Si l'on compare ces tracés avec ceux qui ont été recueillis à Paris, on remarque que les mois de mars et d'avril correspondent à peu près comme caractères généraux à nos tracés du mois de janvier. Même baisse au moment du lever du soleil et maximum aux mêmes heures, c'est-à-dire de 2 à 4 heures ; seulement à Paris les tracés de cette époque sont bien plus irréguliers et la différence d'un jour à un autre est bien plus considérable.

Nous pourrions signaler encore une foule de détails, surtout pour la température de la nuit, mais les deux points les plus importants

au point de vue des malades qui viennent dans les stations hivernales, c'est le moment où ils peuvent sortir et celui où ils doivent rentrer à la maison.

La journée médicale d'après la plupart des auteurs ne commence qu'après dix heures du matin et même onze heures. A notre avis c'est une erreur et les malades peuvent et doivent sortir dès 8 heures du matin. Dès ce moment la température va en augmentant avec rapidité et la ligne du tracé est presque verticale.

Cette particularité est peut-être plus marquée dans la région (route de Nice à Monaco) où nous avons fait nos observations, que sur les autres points du littoral. Les conditions topographiques sont telles en effet, que tous les moyens de contrôle indiquent qu'en ce point dans la première partie de la journée, la température est plus élevée qu'ailleurs. A partir de 11 heures, elle est, à peu de chose près, la même partout, et dans l'après-midi, ce n'est guère que l'exposition aux vents qui influe sur les variations de température et qui détermine les climats locaux.

La journée médicale doit donc varier selon les localités, et rien ne peut mieux la déterminer que l'ensemble des tracés obtenus par les thermomètres enregistreurs.

Ceux-ci incontestablement indiquent le commencement de la journée médicale, mais ils ne peuvent en indiquer la fin. Dans ce rapport ils donneraient comme tous les instruments de physique mesurant la chaleur, des notions erronées. La différence entre l'impression reçue et la température réelle est même une des choses les plus curieuses et qui montre bien combien les instruments physiques ne peuvent pas donner toutes les indications nécessaires à l'hygiène des malades. Certes l'impression ne peut faire loi pour les observations météorologiques, mais celles-ci ne pourraient qu'être nuisibles au médecin s'il en tenait compte d'une façon rigoureuse.

En effet, la baisse de la température au moment du coucher du soleil n'est jamais très brusque et, ce qui est à peine croyable, il fait à peu de chose près la même température de 4 heures à 5 heures du soir que de 11 heures à midi. Le tracé pris fin janvier donne en effet la même température à ces heures, et le thermomètre ordinaire nous a également donné le même nombre de degrés ce jour-là.

Nous voulons même admettre que cette journée a été exceptionnelle, mais pour tous les tracés nous trouvons les mêmes conditions, c'est-à-dire que le point indiqué est au même niveau à 10 heures du matin et à 4 heures.

Or, si l'on s'en rapporte aux impressions éprouvées et non seulement à ses propres impressions, mais à celles éprouvées par tout le monde, il n'y a aucune analogie entre ces deux moments de la jour-

née : à 10 heures, il fait chaud, à 4 heures en janvier il fait froid.

Tout le monde a constaté cette différence, et le danger d'être dehors au moment du coucher du soleil a été signalé par les médecins. Mais ce qui n'est pas exact, c'est de dire qu'à ce moment de la journée le thermomètre tombe brusquement. Le Dr Bennet lui-même, dont l'ouvrage est d'une exactitude remarquable, commet l'erreur de croire qu'au moment du coucher du soleil la température arrive souvent au minima des vingt-quatre heures.

Il y a réellement une baisse et une baisse accentuée, mais cette même différence de température peut exister dans la matinée, sans qu'on éprouve une sensation bien grande ; dans tous les cas il n'y a aucun rapport entre l'impression et les données thermométriques, et cela est si vrai, que nous disions même à propos du commencement de la journée médicale qu'à 8 heures du matin il fait assez chaud pour que les malades puissent sortir, tandis qu'à 4 heures, alors que le thermomètre marque même 3 et 4 degrés de plus, il fait froid et les malades doivent rentrer.

A quoi tient ce phénomène, qui paraît être un paradoxe météorologique ? A l'absence de soleil ? Non, puisque quelques heures après, pendant la nuit, la même impression n'existe plus, et que le phénomène a lieu alors que le soleil n'a pas disparu complètement.

Les causes en sont assez nombreuses et les principales sont une humidité plus grande de l'atmosphère et surtout *la radiation*.

Dès que le milieu ambiant est plus froid qu'un corps précédemment chauffé, celui-ci rayonne sa chaleur, et cette restitution se fait d'autant plus rapidement que la masse calorique a été plus considérable.

Les thermomètres ne peuvent guère apprécier ce rayonnement et souvent selon la position à quelques mètres de distance, il y a plusieurs degrés de différence.

Il se passe pour le corps humain au moment du coucher du soleil, ou dans la journée lorsqu'on va du soleil à l'ombre, le même phénomène que pour les plantes qui gèlent souvent alors que l'air ambiant est à quelques degrés au-dessus de 0. Dans ces cas, un nuage, un paillasson, de la fumée, une toile d'araignée suffisent pour protéger les plantes les plus délicates. De même un vêtement léger, mais de tissu serré, empêche le refroidissement et remplace même les fourrures. Il faut un en-cas presque plutôt qu'un vêtement, et nous avons vu un grand parapluie ouvert préserver du refroidissement. Ce fait est saisissant par sa bizarrerie et il indique bien les éléments du problème.

En résumé, c'est au moment du lever du soleil que toujours le minimum de la journée a lieu.

A partir du lever du soleil et surtout dans le climat de Monaco, la

température s'élève aussitôt très rapidement, au point qu'une demi-heure après le lever du soleil, les malades peuvent sortir.

Au moment où le soleil se couche, il y a une baisse de la température, mais celle-ci est très faible, comparativement à l'impression du froid que nous éprouvons. Même avec une température supérieure au thermomètre, l'impression est très nettement plus froide que dans la matinée.

Lorsque le ciel est couvert, ou lorsqu'il pleut, cette impression de froid n'existe pas. Elle existe par contre dans le milieu de la journée lorsqu'on passe à l'ombre.

Le moyen le plus pratique pour obvier aux inconvénients de ces refroidissements est de faire usage de vêtements qui mettent obstacle à la radiation.

De l'albuminurie dans la variole. — M. *Albert Robin* lit un travail qu'il termine ainsi :

Cette étude sommaire me conduit à établir quatre variétés d'albuminurie dans la variole. Il est bien entendu que je me place ici au point de vue symptomatologique en laissant tout à fait de côté ce qui tient à la pathogénie de ces albuminuries et aux lésions anatomiques qu'elles peuvent sous-entendre.

1° C'est d'abord l'albuminurie prémonitoire survenant avant l'éruption. Elle est grave quand elle est abondante et qu'elle coïncide avec la présence de cylindres graisseux dans le sédiment. On n'en connaît encore qu'une observation résumée dans ce travail;

2° Puis vient l'albuminurie transitoire et peu marquée qui apparaît au début de l'éruption ou de la suppuration. Elle est fréquente, mais sans valeur diagnostique ni pronostique ;

3° En troisième lieu l'albuminurie abondante qui survient à une époque quelconque de la période aiguë. Elle est en rapport avec une intensité plus grande de la maladie, une forme maligne, une complication. Elle est relativement rare, mais d'un grave pronostic ;

4° Enfin, l'albuminurie de la convalescence qui doit être également divisée en deux variétés. La première accompagne ou précède les retours fébriles de la convalescence, dus à une complication tardive, abcès, parotidite, etc. Elle est transitoire, peu abondante et sans pronostic sérieux. La seconde, étudiée par Cartaz, Leudet, etc., est analogue à l'albuminurie post-scarlatineuse et relève comme celle-ci d'une néphrite particulière dite néphrite variolique dont les caractères anatomiques viennent d'être bien étudiés par M. Renault dans une note annexée à ce travail.

La note de M. Renault se termine ainsi :

La néphrite considérée commence par des points d'œdème congestif d'abord disséminé, qui peuvent se rejoindre et constituer un

œdème aigu généralisé qui, comme celui qu'on observe dans la scarlatine, annule temporairement le rein, bien que les lésions épithéliales soient nulles. Si cet œdème est passager, la restitution *ad integrum* peut suivre ; s'il subsiste, comme tous les œdèmes permanents, il détermine une néoformation de tissu conjonctif dans les limites de l'infiltration œdémateuse. On a alors affaire à une néphrite interstitielle vraie et fixe qui subit ensuite son évolution fatale, indépendante de l'action variolique qui n'a fait que l'induire, à proprement parler, dans l'organisme contaminé.

Étude sur le traitement de la fièvre puerpérale. — M. *Siredey* lit un rapport sur un travail présenté par le Dr Misrachi, il s'abstient de conclure, le travail analysé ne contenant pas d'observations. C'est une simple note qui manque de détails, aussi le rapporteur ne veut-il pas entrer dans le vif de la question.

Prix Civrieux. — M. *Blanche* lit le rapport sur le seul mémoire envoyé pour ce prix.

Les conclusions de ce rapport seront lues en comité secret.

A 4 heures 1/2, l'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE

Les hopitaux d'isolement en Europe, par les Drs *Dubrisay* et *H. Napias*, broch. in-8°, 43 p. Paris 1888.

Cette brochure est la reproduction d'un mémoire lu à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.

La question n'est pas nouvelle puisque déjà au commencement du siècle Ténon lui avait donné, dans les Sociétés savantes, l'appui de son éloquence et de son autorité, mais elle est absolument rajeunie et aujourd'hui pleine d'actualité. Elle a fait l'objet des premières discussions de la Société de médecine publique et plus récemment elle a été le sujet d'un remarquable mémoire du Dr A.-J. Martin.

Depuis le commencement du siècle, les progrès n'ont pas été aussi rapides qu'on aurait pu le désirer. Cependant les améliorations ont été très sensibles ; par exemple à l'hôpital Trousseau les enfants atteints de diphthérie ne sont plus soignés dans les salles communes, les opérés trouvent dans tous nos hôpitaux une atmosphère salubre et si l'on n'isole pas encore les femmes atteintes d'affections puerpérales contagieuses, on arrive néanmoins à empêcher toute propagation.

MM. Dubrisay et Napias ont recherché pour chaque pays d'Europe le mode d'isolement pratiqué, l'éloignement plus ou moins grand des hôpitaux spéciaux, les mesures de désinfection prises, les

moyens de transport des contagieux, les précautions indiquées pour la désinfection à domicile. Ils ont rédigé dans ce but un questionnaire qui a été adressé par le ministre des affaires étrangères à tous ses agents diplomatiques et consulaires.

Ce travail est le résumé d'ensemble des diverses réponses fournies; les auteurs ont excepté la France qui mérite bien d'être traitée à part et l'Angleterre pour laquelle ils ont un grand nombre de documents et qui fera de même l'objet d'un travail spécial. Ils examinent donc la question des hôpitaux d'isolement en Allemagne, Autriche-Hongrie, Belgique, Espagne, Grèce, Italie, Pays-Bas, Roumanie, Russie, Serbie, Suède et Norvège, Suisse.

L'enquête faite par nos deux distingués confrères montre qu'il n'existe pas en Europe un seul pays où la question de l'isolement ait été complètement et rigoureusement résolue; chaque pays a ses opinions et aussi ses habitudes. Partout on veut éviter le choléra, la diphthérie et la variole, mais il y a des pays qui n'isolent pas la scarlatine, d'autres qui n'isolent ni la rougeole, ni la coqueluche. Dans certaines contrées, on isole les malades atteints de fièvre typhoïde, ailleurs les dysentériques, ailleurs les phthisiques.

MM. Dubrisay et Napias pensent que la liste des maladies qu'il faut isoler doit être plutôt restreinte qu'étendue outre mesure, elle peut être aujourd'hui allégée des affections puerpérales transmissibles et ne plus comprendre que la variole, la scarlatine, la rougeole, la diphthérie, le typhus et le choléra.

Quels moyens d'isolement faut-il employer? Les hôpitaux spéciaux sont encore extrêmement rares dans les divers pays de l'Europe, les pavillons isolés dans l'enceinte des hôpitaux généraux sont beaucoup plus nombreux, cette solution n'est acceptable qu'avec une surveillance très étroite et des mesures de désinfection bien prises; quant aux services séparés dans les bâtiments de l'hôpital, ils doivent être absolument condamnés. A. Ch.

CORRESPONDANCE

Paris, le 25 septembre 1888.

Très cher et très honoré Confrère,

En présence du succès obtenu par notre association, et pour permettre à nos confrères les moins fortunés de participer aux avantages qu'assure la solidarité professionnelle pratiquée comme nous l'entendons, nous croyons devoir créer un second groupe, empruntant nos statuts et dans lequel la cotisation nouvelle sera réduite à 5 francs, et donnant droit à une indemnité de 5 francs pour toute journée d'incapacité professionnelle par suite de maladie ou d'accident.

Cette nouvelle création fera disparaître la seule objection qui nous est faite maintenant et qui consiste dans la difficulté qu'éprouvent un certain nombre de confrères à verser une somme de 10 fr. par mois.

Elle permettra en même temps à ceux qui font partie de l'association mutuelle d'augmenter s'ils le jugent convenable l'indemnité à laquelle ils ont déjà droit.

Ainsi, en souscrivant à l'une ou à l'autre, ou aux deux groupes réunis, tout confrère pourra s'assurer en versant 5, 10 ou 15 francs par mois, le droit à une indemnité de 5, 10 ou 15 francs par jour en cas de maladie.

Cette société nouvelle sera, s'il y a lieu, fondue avec l'association médicale mutuelle à l'expiration de la période des cinq années avant laquelle les statuts de cette dernière ne peuvent être modifiés.

Désormais certains de la sympathie de toute la presse médicale à laquelle nous témoignons de nouveau toute notre reconnaissance pour l'aide et l'appui qu'elle nous a déjà donnés, nous espérons le même accueil pour ce complément nécessaire de notre œuvre de prévoyance.

Recevez, je vous prie, mon cher confrère et ami, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

D[r] G. Gallet-Lagoguey.

NOUVELLES

Les trousses de pansement dans l'armée. — Les directeurs des services administratifs et de santé ont été invités par le ministre de la guerre à établir un projet permettant de fournir en campagne une trousse de pansement à tous les officiers, sous-officiers et soldats.

Le modèle soumis consiste en une enveloppe de toile huilée imperméable, renfermant une bande de batiste de 2 mètres 75 à 3 mètres, deux petites compresses antiseptiques et une épingle de sûreté.

Après le lavage d'une blessure, l'application de ces compresses, protégées par la toile huilée, préviendrait les complications jusqu'à l'arrivée du chirurgien.

Nous avons déjà mentionné l'introduction de trousses à peu près identiques dans l'armée allemande.

Le Propriétaire-Gérant : D[r] E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. Nº 114. SAMEDI 29 SEPTEMBRE 1888.

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.

DAMASCHINO
Professeur de pathologie médicale, Médecin des hôpitaux.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 19, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome II. N° 114 Samedi 29 Septembre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Ectasie de l'aorte et de la sous-clavière; compression des filets radiculaires du plexus brachial (1)

Par M. Besançon.
Interne des hôpitaux.

C'est dans un traumatisme, accidentel ou obstétrical, qu'on trouve presque constamment la raison étiologique des paralysies radiculaires du plexus brachial. Les observations publiées jusqu'à ce jour n'invoquent guère d'autre notion causale. Les productions pathologiques de la région supra-claviculaire, capables d'englober ou de comprimer les filets originels du plexus, engendrent souvent des symptômes irréguliers dans la sphère des nerfs du bras et du sympathique oculaire; elles ne créent que très exceptionnellement un type net et limité de paralysie radiculaire. A peine avons-nous pu trouver dans la thèse, si riche en faits, de Secrétan (1), une unique observation de plexiplégie brachiale due à la compression lente des racines; il s'agissait, dans l'espèce, d'un mal de Pott cervical avec impotence musculaire du groupe Duchenne-Erb.

Dans les observations d'anévryme spontané de l'artère sous-clavière, il est vaguement question de douleurs et de troubles trophiques. Nulle part on n'y trouve la description d'une *forme* paralytique.

Chez le malade dont nous allons dire l'histoire, les troubles d'innervation provoqués par le contact d'une sous-clavière dilatée et soulevée ne reproduisent aucune des trois figures officielles de la paralysie radiculaire. Bien plus, la traduction des symptômes observés aboutit à un contresens, et semble démentir des notions admises de physiologie.

Observation. — S... (Eugène), télégraphiste, 41 ans.

Il est tombé malade pour la première fois en 1874. A cette époque, attaque de rhumatisme aigu, qui l'a tenu à la chambre pendant

(1) *Communication à la Société clinique de Paris.*

près de six mois. On ne constata rien du côté du cœur, et le malade guérit sans conserver de troubles cardiaques. En 1878, seconde attaque de rhumatisme qui dura deux mois et demi. On s'aperçut alors que le cœur était touché. Après la disparition des douleurs, il reprit son travail; mais il souffrait de palpitations, et s'essoufflait vite par la marche ou par les efforts. Il continua ainsi son service au Ministère des Postes jusqu'à la fin de 1882. — A cette date, il fut arrêté par une troisième attaque qui se prolongea pendant deux mois.

A chaque atteinte de rhumatisme, les douleurs se localisaient exclusivement aux grandes jointures ; le malade avait de la fièvre, des sueurs abondantes, et se relevait pâle et anémié.

Lors de sa troisième attaque on lui applique des ventouses scarifiées et des vésicatoires à la région précordiale. Il souffrait de palpitations violentes et d'étourdissements. Il reprend néanmoins son travail. Mais les désordres cardiaques doublent d'intensité, et, à la fin de 1884, il est forcé de demander sa mise en disponibilité.

Comme autres antécédents, nous notons des excès avoués de boissons alcooliques (3 absinthes par jour); il en garde actuellement un peu de tremblement et de l'hypéresthésie généralisée.

Pas de syphilis. — Pas d'impaludisme,

Depuis le mois de juillet 1886 il se sent plus malade; les palpitations l'empêchent de marcher; la nuit, il se réveille souvent en étouffant, avec de violents battements de cœur. Pendant ces crises, il est couvert de sueurs froides. Etourdissements fréquents, surtout quand il se lève de son lit, ou bien quand il se relève après s'être baissé pour ramasser un objet.

Nous le voyons pour la première fois en mars 1888, dans le service de M. le professeur Proust, à l'Hôtel-Dieu.

Il est, à cette époque, en pleine attaque de rhumatisme (4e atteinte). En juillet, il subit une cinquième poussée de polyarthrite fébrile, celle-ci rapidement modifiée par l'antipyrine. Depuis cette dernière attaque, ses urines sont plus abondantes, plus pâles, à densité moins élevée, et il est forcé de se relever plusieurs fois la nuit pour uriner. L'état local de ses organes n'a pas varié depuis un an que nous l'observons. Au 1er février 1888, il passe dans le service de M. Bucquoy, salle Saint-Augustin, n° 12.

Etat actuel. — (février 1888). Sujet pâle, non amaigri ; muqueuses non décolorées. Yeux très brillants ; fréquentes bouffées de chaleur, traversant la pâleur habituelle du visage. Il se plaint surtout d'étourdissements, de vertiges, de crises d'oppression nocturnes, et d'une sensation d'angoisse précordiale s'exaspérant parfois en crises douloureuses qui durent quatre ou cinq minutes.

Pendant ces crises, il souffre uniquement de constriction thoracique ; sa respiration se précipite, son pouls se ralentit un peu ; mais il n'a pas d'irradiations douloureuses dans le bras ni vers l'épigastre. Quelquefois, la nuit, accès de pseudo-gastralgie accompagnant les crises de palpitations.

Pas d'œdème. Le malade a remarqué pourtant que ses pieds enflaient légèrement, le soir, quand il avait marché. Le foie est un peu sensible à la pression ; mais il ne semble pas augmenté de volume.

Légère voussure de la région précordiale ; le cœur est manifestement hypertrophié. La pointe bat très en dehors de la ligne mamelonnaire, à égale distance de celle-ci et de la ligne axillaire, dans le sixième espace intercostal. Le creux de la main appliqué à ce niveau sent le choc violent de la pointe sur une assez large surface, et un léger frôlement diastolique sans frémissement vibratoire vrai. L'auscultation révèle un rythme à trois temps, surtout bien net un peu au-dessus de la pointe. Ce rythme a les caractères ordinaires du bruit de galop diastolique gauche, tel qu'on l'observe communément dans la néphrite interstitielle; le premier temps étant précédé d'un redoublement présystolique. M. Bucquoy l'attribue ici à des adhérences péricardiques.

Les bruits de la pointe sont sourds, mais non soufflés. Il paraît probable que la mitrale est saine et suffisante. En s'avançant vers la base, on trouve un souffle systolique intense, râpeux, superficiel : il a son maximum sous le sternum au voisinage de la région aortique, et est peut-être attribuable à une modification péricardique. A l'orifice aortique même, on entend encore un souffle systolique ; mais il est très court et peu accentué. En revanche, on perçoit un éclat tympanique du second temps, et un souffle diastolique débutant avec le bruit tympanique et couvrant le grand silence. Le siège de ce souffle est distinct du siège du tympanisme ; il s'entend surtout au-dessous du foyer aortique, et se propage exclusivement le long du bord droit du sternum : il est moins aspiratif, moins léché que le souffle ordinaire de l'insuffisance sigmoïde.

Au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire gauche, il existe manifestement une voussure arrondie. La tête de la clavicule paraît même un peu soulevée. La main appliquée à ce niveau, a la sensation nette d'un second centre de battements. En cet endroit, l'auscultation révèle un souffle systolique et un double battement caractéristique. On sent le sommet de la poche aortique battre au-dessus de la fourchette sternale. Il y a, à n'en pas douter, une ectasie de la crosse dans sa partie ascendante et antérieure.

Les vaisseaux du cou sont soulevés et battent violemment. Dans le creux sus-claviculaire droit, on sent battre l'artère sous-clavière ;

mais ce vaisseau, quoique soulevé, ne semble pas très dilaté, et la région conserve sa dépression normale. Au contraire, le creux sus-claviculaire gauche est effacé par une tuméfaction marronnée, animée de mouvements d'expansion et correspondant à un soulèvement de l'artère dilatée.

Le pouls a les caractères du pouls de Corrigan ; il est bondissant, dépressible. Les deux pulsations radiales sont isochrones, de force sensiblement égale, mais présentant un retard très appréciable sur la pulsation cardiaque. Le sphygmographe donne les caractères du pouls de l'insuffisance aortique, l'ascension verticale brusque, et le crochet ; ces caractères sont plus marqués du côté gauche que du côté droit. Pas de double souffle crural, ni de pouls capillaire des ongles. Le phénomène de la raie du front est au contraire facile à mettre en évidence.

L'ensemble de ces signes conduit au diagnostic suivant : *Hypertrophie du cœur avec adhérences péricardiques probables ; insuffisance aortique ; dilatation de l'aorte ascendante ; ectasie et soulèvement de la sous-clavière gauche.*

Si l'on cherche les symptômes d'une compression exercée par l'anévrysme, on ne découvre aucune gêne fonctionnelle de la voix, de la respiration ni de la déglutition, aucune stase veineuse ni lymphatique. Seule, une *dilatation de la pupille gauche* vient indiquer une perturbation de l'innervation sympathique, résultat vraisemblable d'une irritation de voisinage.

Le malade dit s'être aperçu pour la première fois de l'inégalité de ses pupilles au mois de juillet 1886. Sa vision est restée la même. L'iris réagit normalement à la lumière et à l'accommodation. *Il n'existe aucune modification de l'ouverture palpébrale, aucune tendance à l'exorbitisme ni à la rétraction du globe de l'œil.* La joue du côté correspondant n'est ni aplatie ni tuméfiée, et ne présente aucun trouble vaso-moteur.

La coexistence de la mydriase avec une tumeur sus-clavière attirant l'attention sur l'état du plexus brachial, nous avons interrogé le malade pour savoir s'il avait ressenti des douleurs névralgiques, ou simplement des sensations d'engourdissement, des fourmillements, dans la sphère des nerfs du bras. Il n'a jamais éprouvé rien de semblable. La pression du point de Erb ne provoque qu'une douleur très modérée.

Les divers mouvements de l'épaule et du bras s'exécutent comme à l'état normal. Pas trace de paralysie du type Duchenne-Erb, ni de paralysie cubitale. Le malade ne s'est pas aperçu que la force de son bras gauche ait diminué. Au dynamomètre, il est vrai, la main droite donne 43 à l'échelle de pression et la main gauche 31 seulement.

Mais cette différence correspond à une inégalité physiologique, le malade étant droitier. Les muscles de l'épaule, et de tout le membre, ont conservé leur relief normal; on ne constate aucun trouble trophique, ni de la peau, ni des poils, ni des ongles ; pas d'œdème, pas d'adipose sous-cutanée. Mais, il existe une *anesthésie absolue de la main et de l'avant-bras, remontant à deux travers de doigt au-dessus du coude*. C'est une anesthésie totale pour les différents modes de sensibilité. Cependant la thermanesthésie n'est pas complète. Une ligne circulaire très nette sépare les parties sensibles de la zone anesthésiée. La sensibilité du bras et de l'épaule est complète, *aussi bien en dehors qu'à la face interne du membre.*

La recherche de la réaction à la pilocarpine montre un léger retard dans la sudation, et une diminution appréciable de la sécrétion au niveau des parties anesthésiées.

Nous avons essayé, mais en vain, de mettre en évidence la réaction de dégénérescence des nerfs sensitifs au bras, suivant la formule indiquée par Mendelsohn chez les ataxiques.

A peine est-il besoin d'ajouter que notre malade ne porte aucune tare hystérique.

Ainsi donc, voilà un malade qui, du fait d'une compression sus-clavière, réunit les deux symptômes suivants : mydriase unilatérale, et anesthésie à distribution spéciale du membre supérieur correspondant.

La paralysie sensitive, par ses caractères et sa topographie, porte le cachet de l'anesthésie propre à la plexiplégie radiculaire totale ; la mydriase traduit l'excitation des racines inférieures du plexus, ou, pour mieux préciser, du premier nerf dorsal et de son rameau communicant : d'un côté, un accident d'ordre paralytique, de l'autre, un phénomène d'ordre purement irritatif.

Les deux symptômes sont contradictoires, et leur combinaison réalise un paradoxe clinique et une invraisemblance physiologique.

La dissociation des désordres paralytiques — l'anesthésie existant seule à l'exclusion des troubles moteurs et trophiques — n'est pas moins singulière.

Il ne peut être question ici d'une paralysie de Duchenne-Erb : le groupe musculaire deltoïde, biceps, long supinateur, etc., est absolument respecté. Ce n'est pas davantage une plexiplégie radiculaire totale, car notre malade n'en offre qu'un seul symptôme, l'anesthésie. Puis-je dire qu'il s'agit d'une paralysie radiculaire inférieure ? Pas du tout, puisque la griffe cubitale et les troubles trophiques font défaut. Aussi bien, quand les filets inférieurs du plexus sont paralysés, ce n'est pas une dilatation pupillaire qui s'observe, c'est du myosis avec rétraction de l'œil, avec diminution de l'ouverture palpébrale,

quelquefois même avec aplatissement de la joue correspondante. Il nous est donc interdit d'appliquer à ce fait l'étiquette de *paralysie radiculaire*, au sens vulgarisé de cette expression, notre observation ne ressortissant à aucun des trois types de la plexiplégie brachiale. La compression nerveuse a produit ici des effets inattendus, à savoir une paralysie sensitive pure, dégagée de tout élément trophique ou moteur, et irrégulièrement combinée avec un symptôme d'excitation, la mydriase. Il est aussi malaisé de classer cette observation dans un groupe défini que d'en interpréter les anomalies.

Les trois variétés, aujourd'hui classiques, de la paralysie radiculaire sont des types bien réels, très heureusement institués pour l'étude, et correspondent à des schémas de physiologie normale. La modalité clinique indiquée par Féré (exorbitisme et mydriase avec névralgie brachiale) satisfait également à la loi physiologique. Mais à côté de ces formes fixes et circonscrites, il y a des fonctions morbides qui ne sont plus superposables aux fonctions normales du plexus, il y a des syndrômes variables, incomplets ou mixtes, qui échappent au classement et déconcertent l'explication. C'est ainsi que, dans son remarquable mémoire, Klumpke rapporte deux observations de Seeligmuller où la mydriase, signe d'excitation, accompagne le rétrécissement de l'orifice palpébral, indice de paralysie, Ici, l'alliance symptomatique est absolument illégitime, et défie la compréhension. Notre fait personnel n'est pas moins embarrassant.

PHYSIOLOGIE.

L'entre-croisement incomplet des fibres nerveuses dans le chiasma optique chez le chien.

par M. ALEXANDRE N. VITZOU. (1)

Dans une précédente Communication sur le centre cérébro-sensitif visuel chez le chien, j'ai montré que l'ablation d'un seul lobe occipital détermine la cécité de l'œil du côté opposé à la lésion expérimentale.

L'animal étant complètement guéri, cette cécité n'est pas absolue. En voici la preuve : le 2 octobre 1887, M. Obregia, mon préparateur, enleva le lobe occipital gauche d'un chien de taille moyenne.

Immédiatement après l'opération, lorsque l'animal s'est réveillé du sommeil chloroformique, je constate que la vue est abolie dans l'œil

(1) Note présentée par M. de Lacaze-Duthiers, à l'Académie des sciences.

opposé à la lésion effectuée. Cet état dure aussi longtemps qu'on maintient un bandeau sur l'œil sain du côté correspondant au lobe occipital enlevé ; mais, après la guérison de la plaie (26e jour), on remarque les faits suivants :

La mobilité et la sensibilité sont à l'état normal, l'animal a le regard un peu égaré et les pupilles sont légèrement dilatées. Le chien ne voit pas de l'œil droit ; en effet, en mettant un petit morceau de viande à 0m,30 au-devant de l'animal et sur la ligne médiane, on remarque que l'animal le regarde avec envie. Lorsqu'on déplace la viande vers la gauche, l'animal la suit du regard. En ramenant de nouveau la viande sur la ligne médiane, on remarque que l'animal ne cesse pas de la regarder ; mais, au delà de la ligne médiane, du côté droit, la viande n'est plus vue par le chien, car il reste indifférent ou bien il dirige son regard ailleurs.

Les faits deviennent plus évidents lorsqu'on applique un bandeau sur l'œil gauche. Immédiatement la pupille droite atteint le maximum de dilatation, l'animal a le regard égaré et donne des signes d'inquiétude, en cherchant à enlever le bandeau. Les menaces que l'on fait devant l'œil droit avec le doigt ou bien avec un corps allumé ne sont pas capables d'éveiller le clignement ; mais la sensibilité de la conjonctive est intacte, car elle est éveillée par le moindre attouchement.

Les modifications dans l'intensité lumineuse provoquent la dilatation et la contraction de la pupille, ce qui prouve que le siège du réflexe pupillaire est en dehors des lobes occipitaux.

Cependant la vue n'est pas complètement perdue dans l'œil droit, comme le prouve l'expérience suivante :

Lorsqu'on applique un bandeau sur l'œil gauche et qu'on excite le chien à marcher en l'appelant, on observe ce fait curieux : c'est qu'au lieu de s'avancer en droite ligne, le chien appuie, en marchant, vers le côté gauche, comme s'il ne trouvait de la lumière que de ce côté-là, et il évite les obstacles.

Si l'on contrarie la marche de l'animal et qu'on le force à appuyer sur la droite, il devient hésitant et n'évite plus les obstacles.

Il existe donc une différence très marquée selon que les objets extérieurs viennent plutôt impressionner la partie externe ou la partie interne du champ visuel de l'œil atteint de cécité.

Nous avons cherché à nous rendre compte des raisons de ces différences par l'expérience suivante :

On présente au chien un morceau de viande dans le champ visuel externe et l'on remarque que l'animal ne le regarde pas ; mais lorsque la viande est apportée dans le champ visuel interne, l'œil droit suit

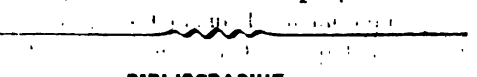
les mouvements qu'on imprime au morceau de viande dans le plan vertical assez étroit du champ visuel interne. Néanmoins, la perception ne paraît pas parfaite. L'animal a bien l'impression visuelle de l'objet qu'on agite devant son œil, mais les notions qu'il en retire n'éveillent pas en lui l'idée de la nature de l'objet aperçu ni le désir de s'en emparer.

Lorsqu'on enlève le bandeau et qu'on l'applique sur l'œil droit, l'attitude et le regard sont changés, la pupille gauche n'est plus dilatée et le chien, en marchant, évite tous les obstacles : il connaît les objets. Le morceau de viande présenté à distance devant l'œil gauche est vu, et l'animal cherche à le prendre ; ceci prouve que l'animal voit et qu'il reconnaît ce qu'il voit.

Cependant, la vue dans le quart externe du champ visuel est *anéantie*, parce que, dans le plan vertical correspondant, le morceau de viande n'est pas aperçu.

Ces faits nous démontrent jusqu'à l'évidence que, lorsqu'un seul lobe occipital est enlevé, le chien est atteint d'*hémianopsie latérale homonyme*, comprenant les trois quarts du champ visuel externe de la rétine de l'œil opposé à la lésion expérimentale et le quart externe de l'œil correspondant.

Conclusion : chez le chien, les fibres nerveuses partant des lobes occipitaux et se rendant à la rétine ne s'entre-croisent pas complètement dans le chiasma optique, comme on l'a soutenu jusqu'ici ; la plus grande partie de ces fibres (les trois quarts environ) se portent du lobe occipital à l'œil du côté opposé, tandis qu'un certain nombre d'entre elles vont innerver directement, sans subir d'entre-croisement dans le chiasma, l'œil du côté correspondant.



BIBLIOGRAPHIE.

ETUDE MÉDICO-PHILOSOPHIQUE SUR LES PERTES SÉMINALES INVOLONTAIRES, SPERMATORRHÉE, par le Dr *Pouillet*. (Lecrosnier et Babé, édit. Paris, 1888).

L'auteur a déjà publié plusieurs volumes ; deux entre autres sont caractéristiques : Etude médico-psychologique sur l'onanisme chez l'homme *précédée d'une introduction sur les autres (?) abus génitaux*. — Etude médico-philosophique sur l'onanisme chez la femme.

Celui qui nous est soumis aujourd'hui ne dépare pas l'ensemble. La philosophie spéculative y joue, nous a-t-il paru, un rôle plus important que la médecine à proprement parler.

Disons qu'à ce dernier point de vue, d'après l'auteur, les pertes séminales seraient extrêmement fréquentes (il admet une spermator-

rhée féminine, avouant, du reste, qu'il appelle ainsi l'émission de liquide des glandes de Bartholin), et entraîneraient une pléiade de maux tous plus graves les uns que les autres. Tous les appareils, générateurs, digestifs, circulatoires, phonateurs, respiratoires, musculaires, tous les systèmes, nerveux, visuel, auditif, toutes les facultés, intellectuelles, morales, affectives, tout, le cœur, le corps, l'esprit, tout est atteint, détruit par les pertes séminales.

Les animaux eux-mêmes sont frappés de la terrible maladie.

A croire l'auteur, le choléra fait moins de victimes.

J.-J. Rousseau, Newton, Louis XIV, Bl. Pascal étaient des tabescents.

Ceci est le point consolant.

Consolez-vous donc, tabesçents mes amis, vous êtes en bonne compagnie et les pertes séminales, si tant était qu'elles fussent aussi fréquentes que le voudrait prouver M. Pouillet, ne sont pas si mauvaises diablesses qu'il semble vous le dire. — Devenez J.-Jacques, Newton ou Pascal et je ne vous plaindrais pas de votre légère incommodité, que vous étudierez, si vous le voulez bien, dans la thèse de Malécot que ne cite pas notre auteur.

Lisez néanmoins le livre de M. Pouillet, oubliez les côtés médicaux qu'il affecte ; gaudissez-vous du côté philosophique et ne le laissez s'égarer en des mains profanes, il n'est pas plus *ad usum puellæ* que *ad usum Delphini*.

Dr H. FÈVRE.

DE LA SITUATION DES FŒTUS ET DE LA DISPOSITION DES ŒUFS DANS LES CAS DE GROSSESSE GÉMELLAIRE, par le Dr *Lamiot*. Lecrosnier et Babé, édit., Paris 1888.

La situation respective des fœtus dans la grossesse gémellaire peut présenter trois types principaux :

1° Les fœtus sont situés l'un à côté l'autre, de chaque côté de l'utérus.

2 Les fœtus sont situés l'un au-dessus de l'autre.

3° Les fœtus sont situés l'un devant l'autre.

Dans chaque variété, les fœtus peuvent se placer de différentes manières l'un par rapport à l'autre.

Dans le type I : ils sont situés parallèlement et de haut en bas et de plus, ils peuvent arriver :

1° Tous deux la tête en bas ;

2° Tous deux la tête en haut ;

3° L'un la tête en haut et l'autre en bas.

Dans le type II :

1° Le fœtus supérieur est transversal et l'inférieur vertical ;

2° Le supérieur est vertical et l'inférieur transversal ;

3° Tous deux sont transversalement placés.

Dans le type III :

1° Tous deux sont verticalement placés et l'antérieur s'engage au détroit supérieur ;

2° Tous deux verticalement placés, mais c'est le postérieur qui s'engage ;

3° Le postérieur est vertical et l'antérieur transversal.

Les symptômes que l'on observe varient dans les différents cas.

L'examen des arrière-faix peut aider à contrôler, parfois à compléter le diagnostic de la variété; dans certains cas même, il permet à l'accoucheur de faire rétrospectivement le diagnostic.

Il est très utile de savoir diagnostiquer ces diverses variétés, car la situation des fœtus peut avoir une certaine influence sur le mécanisme et le pronostic de l'accouchement et par conséquent sur la conduite que doit tenir l'accoucheur.

D'autres variétés sont assurément possibles et seront sans doute signalées ultérieurement.

Telles sont les conclusions du travail de M. Lamiot. Nous nous contentons de les rapporter intégralement, n'ayant rien à y ajouter et y trouvant résumé en quelques lignes tout ce qui peut se trouver dans cette thèse d'accouchements.

Nous ne doutons pas, comme le dit M. Lamiot, que d'autres variétés seront ultérieurement signalées et ajoutons que les accoucheurs y attacheront autant d'importance vaine qu'ils veulent en trouver à toutes ces descriptions minutieuses et d'un intérêt pratique secondaire.

Dr F. Verchère.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Jobert (d'Alger), reçu en 1840.

NOUVELLES

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 18 septembre 1888, ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Milon.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Regnier.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Laval et Auban.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Lafille, Beylier et Couénon.

Au grade de pharmacien principal de première classe. — M. le pharmacien principal de deuxième classe Warnier.

Au grade de pharmacien principal de deuxième classe. — M. le pharmacien-major de première classe Rebuffat.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. le pharmacien-major de deuxième classe Karcher.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de première classe Barthe et Lebourgeois.

— Par décret, en date du 20 septembre 1888, ont été promus dans le cadre du corps de santé militaire :

Au grade de médecin-inspecteur général. — M. le médecin-inspecteur Colin, en remplacement de M. le médecin-inspecteur général Didiot, admis dans la section de réserve.

Au grade de médecin-inspecteur. — M. le médecin principal de première classe Papillon, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Colin, promu au grade de médecin-inspecteur général.

— Par décision ministérielle, en date du 20 septembre 1888, M. le médecin-inspecteur général Colin est relevé de ses fonctions de directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, et nommé président du comité technique de santé, en remplacement de M. le médecin-inspecteur général Didiot, admis dans la section de réserve; M. le médecin-inspecteur Baudouin, membre des comités techniques de santé et de l'intendance, est nommé, tout en conservant ses fonctions actuelles, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris ; — M. le médecin-inspecteur Papillon est nommé directeur du service de santé du 15e corps d'armée, à Marseille, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Paulet, retraité.

Rejet de la création d'une 2e chaire de clinique obstétricale. — La commission du budget a repoussé le crédit demandé pour la création d'une deuxième chaire de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris.

Bibliothèques des Facultés. — La commission du budget a également réduit de 200,000 francs le crédit affecté aux bibliothèques et collections des Facultés.

Cette réduction compense l'augmentation de crédit qui résulte de ce fait que les Facultés de médecine de Lyon et de Lille vont désormais être à la charge exclusive de l'Etat, les contrats avec ces deux villes pour l'entretien à frais commun de ces Facultés étant arrivés à expiration.

Ecoles de médecine navale. — Le ministre de la marine vient d'adresser aux ports des instructions pour la réouverture des cours dans les écoles de médecine navale.

Les candidats devront justifier dorénavant des diplômes de baccalauréat ès lettres et ès sciences restreint pour la médecine ; ès sciences complet pour la pharmacie.

S'ils n'ont pas d'études antérieures dans une faculté ou une école de médecine ou de pharmacie, ils devront compter au plus vingt-trois ans d'âge dans le cours de l'année de leur inscription.

LE BUSTE DE BRÉANT. — On a procédé mercredi dernier à Ajou (Eure) à l'inauguration du buste de Bréant, le créateur du prix de 100,000 francs qui porte son nom, prix auquel, comme on le sait, aspire en ce moment le Dr Ganaleïa, d'Odessa, l'auteur du travail sur la vaccination du choléra, que M. Pasteur vient de lire à l'Institut.

Ce buste porte l'inscription suivante :

« Dans cette commune est né, le 26 octobre 1774, Jean-Robert Bréant, ancien commissaire général des Monnaies, officier de la Légion d'honneur, auteur d'importants travaux scientifiques et industriels, fondateur d'un prix de 100,000 francs pour la guérison du choléra. — Erigé par la Société libre de l'Eure (Section de Bernay). — 1888. »

L'association normande, qui a pris cette initiative, procédera prochainement à l'inauguration d'un buste de Daviel l'inventeur de l'opération de la cataracte.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 16 *au* 22 *septembre* 1888. — Fièvre typhoïde, 13. — Variole, 4. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, Croup, 12. — Phthisie pulmonaire, 167. — Autres tuberculoses, 16. — Tumeurs cancéreuses et autres, 39.

Méningite, 35. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 37. —Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 09. — Maladies organiques du cœur, 43.

Bronchite aiguë et chronique, 32. — Broncho-pneumonie et pneumonie, [illegible]

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 133.

Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 36. — Suicides et autres morts violentes, 33. — Autres causes de mort, 119. — Causes inconnues, 8.

Nombre absolu de la semaine : 838. — Résultat de la semaine précédente : 855.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

LECROSNIER et BABÉ, libraires-éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Recherches cliniques sur le délire hypochondriaque, valeur séméiologique, par le Dr JOURNIAC, in-8 2 fr. 50.

Traité clinique des maladies mentales, par le Dr SCHULE, médecin de l'asile d'Illenau, etc., 3e édition 1886, traduite par les Drs J. Dagonet et G. Duhamel, revue et augmentée par l'auteur. Préface de M. le Dr H. Dagonet, etc., 2e fascicule, 1 vol. in-8, 5 francs.

Prix de l'ouvrage complet, 1 vol. in-8, 9 francs.

Psoriasis et arthropathies, par le Dr C. BOURDILLON, 1 vol. in-8°, 5 francs.

Le Propriétaire-Gérant : Dr [illegible]

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

...-cinquième année. — Tome II. N° 1... Mardi 2 Octobre 18..

LA
FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
BROSNIER et BABÉ
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France............ 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer 20 fr.

...tout ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 16, rue de Castellane.
...ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.



CONSTIPATION HABITUELLE
le meilleur curatif est le
CASCARA MIDY
Pilules rigoureusement dosées à l'Ext. Hyd. Alcool de Cascara Sagrada : accélère travail digestif dans ses diverses phases, ne donne ni nausées, ni coliques, ni diarrhée.
2f.50
113 Faubourg St Honoré PARIS
Env. Franco Echantillons
et toutes Pharmacies
GORGE, LARYNX, BOUCHE
contre ces Affections employez LA
COCAINE MI...

35e Année. — Tome II. N° 115 Mardi 2 Octobre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

REVUE CRITIQUE

De quelques conditions pathogéniques de l'albuminurie.

L'albuminurie peut reconnaître les causes les plus diverses, et nous n'avons pas la prétention de faire une énumération qui ne pourrait être que la reproduction d'un chapitre de pathologie. Notre intention est simplement de rappeler quelques travaux récents qui ont trait à la pathogénie de l'albuminurie et du mal de Bright. Etant donné notre but, on conçoit qu'il est difficile de suivre un ordre rigoureux qui n'est guère compatible avec la diversité des points de vue sous lesquels la question a été envisagée par leurs auteurs.

Une des formes les plus intéressantes de l'albuminurie est certainement celle qu'on observe dans le cours ou à la suite de la grossesse : l'albuminurie gravidique. Le professeur Alph. Hergott, de Nancy, en distingue trois catégories : la première, l'albuminurie proprement dite de la grossesse ; la deuxième, l'albuminurie du travail ; la troisième est l'albuminurie des suites de couches.

La première se produit au cours de la grossesse et se termine à l'accouchement, parfois même disparaît, lorsque se produit la mort intra-utérine du fœtus. On a proposé plusieurs théories pour expliquer le fait. Gubler admettait une production exagérée d'albumine, une hyperalbuminose, tandis que d'autres rattachaient ce phénomène à l'augmentation de la pression sanguine. Mais s'il en était ainsi, l'albuminurie gravidique serait beaucoup plus fréquente qu'elle ne l'est en réalité. Plus récemment M. Doléris a trouvé dans l'urine des femmes enceintes atteintes d'albuminurie des bacilles, dont l'inoculation sur des lapins a pu reproduire l'albuminurie chez ces animaux. L'albuminurie gravidique se rencontre avec une fréquence très variable, selon les conditions dans lesquelles les auteurs ont observé. Il est certain cependant que les jeunes femmes et les primipares sont plus fréquemment atteintes que les multipares. On l'observe surtout dans les trois derniers mois de la grossesse, parfois

plus tôt. Les phénomènes par lesquels elle se manifeste sont ceux du mal de Bright, et l'existence de fortes douleurs de tête peut faire redouter l'éclampsie. L'albuminurie gravidique expose à certaines complications, telles que l'hémorrhagie utérine, la déchirure facile des tissus, celle du périnée notamment. Le pronostic est grave à la fois pour la mère et pour l'enfant : la première est menacée d'éclampsie, le second est menacé directement dans son existence par suite du décollement prématuré et fréquent du placenta. D'ailleurs la surcharge du sang par les produits dont l'organisme ne peut se débarrasser par une dépuration rénale incomplète est encore plus dangereuse pour l'enfant que pour la mère.

Dans le diagnostic, M. Hergott recommande de tenir compte des variations qui peuvent s'observer dans la quantité d'albumine des urines. Le régime lacté est encore le meilleur traitement à opposer à cette forme ; on pourra en outre prescrire le tannin avec quelque avantage.

La deuxième forme d'albuminurie, celle du travail, est beaucoup plus fréquente que la première. Elle disparaît avec la cause qui la produit : l'augmentation de la pression sanguine pendant l'accouchement.

La troisième forme est la conséquence de l'une des formes précédentes. Elle ne persiste en général que peu de temps ; mais il peut subsister des traces d'albumine, indice d'une maladie rénale qui peut s'aggraver subitement et suivre fatalement son cours.

M. Wiedow (*Deutsche med. Zeit*, 2 août 1888) a envisagé l'albuminurie gravidique à un autre point de vue, celui de ses rapports avec les maladies du placenta. Il a produit six observations prises à la clinique de Fribourg, dans lesquelles l'albuminurie suivie d'avortement s'était accompagnée d'infarctus blancs du placenta. La plupart des patientes eurent des accès éclamptiques qui déterminèrent l'accouchement prématuré. Dans tous les cas, le placenta était altéré. De volume normal ou atrophié, l'organe présentait sur la face utérine des nodosités d'un jaune blanchâtre, arrondies, du volume d'un pois et s'enfonçant à la façon d'un coin dans la profondeur du tissu. L'épithélium des villosités placentaires était gonflé et comme vitrifié; la tunique adventive des gros vaisseaux était épaissie, et les petits vaisseaux compris dans la lésion étaient oblitérés par une masse granuleuse provenant de l'endothélium altéré. D'après l'auteur, les nodosités blanches d'un placenta sont dues à la nécrobiose des épithéliums, et la fibrine ne jouerait dans ce processus qu'un rôle accessoire. Du reste, il ne faudrait pas exagérer la valeur de ces lésions placentaires qui ne sont très probablement que les conséquences de la maladie rénale. Elles peuvent expliquer tout naturellement beau-

coup d'avortements succédant à l'albuminurie gravidique. Mais pour qu'on sache à quoi s'en tenir sur le rôle de ces lésions et leur place dans l'enchaînement des phénomènes morbides, il faut avoir soin de noter aussi exactement que possible l'ordre dans lequel apparaissent les symptômes. Les troubles de la vue et les lésions du fond de l'œil, qui souvent précèdent l'apparition de l'albuminurie, sont à ce titre d'une grande valeur.

Mais la grossesse au point de vue étiologique joue surtout un rôle prédisposant; son influence pathogénique directe est limitée, elle favorise plutôt l'action des causes réellement pathogènes en modifiant le terrain. Ces causes pathogènes ont été cherchées par quelques auteurs dans l'existence des micro-organismes dont la présence est liée au développement des maladies infectieuses. Beaucoup de néphrites étant infectieuses, il devenait vraisemblable qu'on devait retrouver du côté des voies urinaires ces agents infectieux. Nous avons déjà fait allusion aux recherches de M. Doléris. Des études analogues ont été faites par le Dr Julien Mannaberg (de Vienne) qui, dans 8 cas sur 11 de mal de Bright aigu, a retrouvé dans l'urine fraîche recueillie dans des récipients stérilisés des streptococcus dont l'abondance était en rapport direct avec la gravité des périodes de la maladie ou de la maladie elle-même. Ces organismes libres dans l'urine ou renfermés dans les éléments figurés se comportaient par la culture d'une manière tout à fait différente des streptococcus connus jusqu'à présent. Ils ressemblent au streptococcus pyogène, mais ils en diffèrent par un développement beaucoup plus rapide. Inoculés sur de la gélatine, ils forment d'abord une bande blanche composée de granulations ; au bout de trois à quatre semaines, la surface de la gélatine se creuse en entonnoir en même temps que les parasites constituent des touffes en pinceaux caractéristiques. Ce streptococcus précipite la caséine du lait en douze heures avec une réaction fortement acide. Des contre-épreuves faites avec l'urine provenant de différents malades, à l'exception des albuminuriques, ont donné des résultats tout différents.

L'injection intra-veineuse de ce streptococcus produit au bout de trois ou quatre jours chez les lapins et les chiens des accidents du côté des reins, qui se traduisent par la présence dans les urines de globules rouges, de cristaux d'hématoïdine, de cellules épithéliales des reins, de cylindres, d'albumine et des mêmes streptococcus. A l'examen, la substance corticale des reins est parsemée d'hémorrhagies, et tout l'organe est enflammé et augmenté de volume. Au microscope, on retrouve ces hémorrhagies et une prolifération de noyaux le long des capillaires à leur entrée dans les glomérules, et des foyers disséminés dans tout le rein. Il est donc permis de croire,

d'après les propriétés biologiques spéciales de ce microbe et l'action pathogène qui s'exerce exclusivement sur les reins, qu'on est en présence d'un streptococcus qui joue un rôle spécial dans le développement de certaines néphrites. C'est ce qu'apprendront d'ailleurs les observations poursuivies avec les reins de sujets morts du mal de Bright.

Les résultats auxquels est arrivé J. Mannaberg n'ont rien de surprenant, puisque l'on sait aujourd'hui que l'albuminurie ou, si l'on veut, certaines néphrites, naissent sous l'influence des mêmes foyers infectieux d'origine tellurique ou cosmique qui provoquent les maladies infectieuses.

Le professeur Semmola, qui a consacré de nombreuses recherches à élucider la question de la pathogénie de l'albuminurie, divise dans un travail (*Riforma medica* 1888) les albuminuries en hématogènes et en néphrogènes. Pour les distinguer, il s'appuie sur trois phénomènes caractéristiques qui sont :

1° Dans les albuminuries hématogènes, la quantité d'albumine rendue dans les vingt-quatre heures est beaucoup plus considérable que dans les albuminuries néphrogènes ;

2° La qualité dans les albuminuries hématiques rappelle les propriétés physico-chimiques et les réactions de l'albumine du sérum (sérine), tandis que l'albumine des formes néphrogènes ne possède aucune de ces réactions et ne prend pas à froid la belle coloration violette de l'albumine du sérum ni celle que prend l'albumine du vrai mal de Bright en présence de l'oxyde de cuivre dissous dans la potasse caustique;

3° La présence des éléments figurés dans l'urine qui est constante dans les albuminuries néphrogènes manque complètement dans les hématogènes, ou se trouve hors de proportion avec l'albumine émise.

Voici d'autre part comment Semmola conçoit d'après ses observations les conditions pathogéniques de l'albuminurie : Le passage de l'albumine dans l'urine a pour condition fondamentale un état dyscrasique du sang, c'est-à-dire une altération spéciale physico-chimique qui rend cette albumine impropre à l'assimilation, en sorte qu'elle doit être éliminée par les organes et principalement par les reins. A cette catégorie appartiennent toutes les albuminuries dites physiologiques qui sont le symptôme d'une nutrition défectueuse, car on ne peut admettre qu'à l'état vraiment normal l'albumine soit destinée à être éliminée de l'organisme.

Semmola n'admet pas que l'augmentation de pression seule puisse produire la sortie de l'albumine par les reins, tout au plus pourrait-elle accroître une albuminurie dyscrasique existant déjà.

Enfin les lésions rénales ne donnent lieu à l'albuminurie que lors-

qu'elles sont le résultat d'un processus inflammatoire aigu ou chronique, tandis que dans les lésions nutritives, la dégénérescence amyloïde par exemple, l'albuminurie dépend non de ces lésions, mais de l'anomalie nutritive générale dont la lésion rénale n'est qu'un cas particulier.

D'après Semmola, cette explication est démontrée par l'observation clinique, surtout si on rapproche l'albuminurie de la dégénérescence amyloïde des albuminuries de la syphilis rénale, de l'alcoolisme, de la goutte, etc. On ne doit pas, suivant ces auteurs, admettre l'existence d'une néphrite par cela seul qu'on constate l'albuminurie, et même lorsqu'on trouve dans l'urine les traces d'un processus pathologique dans les reins, il faut examiner quelle part l'altération nutritive générale peut avoir dans la genèse de ce symptôme. Au point de vue du traitement, l'auteur pense que c'est une erreur de vouloir chercher à réparer les pertes en albumine par un régime fortement azoté, car le seul traitement qui diminue les pertes en albumine consiste dans le régime lacté.

La théorie de l'albuminurie hématogène, à la défense de laquelle Semmola a consacré tant de talent, a fait surtout du chemin dans ces dernières années et, quelle que soit la part que quelques auteurs laissent aux reins dans cette forme d'albuminurie, il n'en est pas moins vrai qu'on observe ce symptôme à peu près toutes les fois qu'on constate une grave altération nutritive au cours d'une maladie aiguë ou chronique.

L. JUMON.

THÉRAPEUTIQUE

Une eau anti-apoplectique.

Les affections paralytiques d'origine centrale sont assurément celles qui échappent le plus à nos moyens d'action. Lorsqu'un malade est pris d'une attaque d'hémorrhagie ou de ramollissement cérébral, nous pouvons beaucoup, en particulier par une révulsion énergique, pour combattre les premiers accidents, lorsque nous arrivons assez tôt, et conserver la vie du malade; mais, lorsque l'attaque elle-même est terminée et qu'il reste ses méfaits, l'hémiplégie, par exemple, notre rôle se borne à l'emploi de moyens malheureusement bien anodins; l'immanquable iodure de potassium, l'électricité, les frictions, en font à peu près tous les frais, et les résultats ne sont pas brillants. L'amélioration, quand elle existe, est extrêmement lente, et les malades conservent, pendant le reste de leurs jours, les traces d'une crise tant soit peu intense.

En outre des paralysies très étendues, bien d'autres affections de même ordre, pour être parfois moins graves, n'en sont pas moins tenaces et pas moins pénibles pour les malades ; par exemple, les paralysies limitées tenant à des causes centrales ou périphériques, les monoplégies localisées à un membre ou à un segment de membre, les paralysies de la face, de la langue, du larynx, du pharynx, des muscles oculaires, les névralgies, les céphalalgies tenaces, les phénomènes congestifs du côté de la tête, vertiges, éblouissements, bourdonnements d'oreilles.

Voilà toute une partie de la pathologie contre laquelle nos moyens sont très variés, mais souvent, hélas ! également impuissants.

Un honorable médecin de Strasbourg, le Dr Romain Weissmann, a cherché à combler cette lacune. Il a eu le malheur, mais en même temps la bonne fortune, de pouvoir expérimenter, sur lui-même un produit qu'il avait déjà employé chez ses malades et qui, pour lui en particulier, a amené un plein succès. Un jour, à l'âge de 63 ans, il fut pris, après son repas, d'une attaque d'apoplexie qui amena immédiatement de l'hémiplégie droite et de l'aphasie. Sa famille employa aussitôt son eau anti-apoplectique comme elle le lui avait vu faire à lui-même, et notre confrère recouvra successivement la parole et l'usage de tous ses membres.

Ces propriétés, un peu merveilleuses, sont confirmées par des certificats émanant de médecins très connus, les Drs Kohn, médecin en chef de l'hôpital Salem, de Stettin, Corazza, de Venise, Jechl, médecin de l'état-major, de Vienne, et bien d'autres. Ce sont là des noms étrangers ; l'eau anti-apoplectique du Dr Weissmann vient à peine en effet d'être introduite en France, mais il n'y a pas de raison pour qu'elle produise chez nous de moins bons résultats que dans les pays voisins.

L'emploi de cette eau est d'ailleurs bien simple. Son action est basée sur le principe de l'absorption par la peau des principes extractifs, d'ailleurs très divers, qu'elle contient.

On mélange donc chaque matin à l'eau destinée aux ablutions vingt à trente gouttes de l'eau anti-apoplectique et on lave comme à l'ordinaire la tête, le visage et la nuque. Il faudrait assurément un nombre de gouttes plus considérable pour des ablutions plus étendues. On procède ainsi lorsque divers phénomènes font craindre la congestion cérébrale ou l'apoplexie. Après l'attaque, ces lavages devraient être faits en outre sur la partie paralysée.

Le mode d'emploi est donc des plus faciles, il est en outre très agréable à cause du parfum balsamique de cette eau.

Il est bien peu de médecins qui n'aient dans leur clientèle des malades atteints de la sorte. Toute leur thérapeutique est rapidement à bout et les malades passent volontiers de l'un à l'autre confrère

sans éprouver plus d'amélioration. N'attendons pas d'avoir tout épuisé, même nos malades, pour employer l'eau anti-apoplectique du Dr Weissmann. Notre clientèle et notre considération s'en trouveront également bien. Dr VERITY.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE.

I. CAS DE CYSTO-SARCOME FASCICULÉ DE LA RÉGION PECTORALE ET DE LA PAROI ANTÉRIEURE DU CREUX DE L'AISSELLE (OBSERVÉ CHEZ UN GARÇON DE 17 ANS); ENLÈVEMENT DE LA TUMEUR PAR LA MÉTHODE DES CAUSTIQUES CHIMIQUES; GUÉRISON COMPLÈTE ET SANS RÉCIDIVE, par les Drs J. *Félix* et Alf. *Stocquart* (*Arch. de méd. et de chir. pratiques*, Bruxelles, 1888, 2e fascicule B). — II. OBSERVATION D'UN CAS DE CARCINOME ENCÉPHALOÏDE ULCÉRÉ DU SEIN GAUCHE OPÉRÉ PAR LA MÉTHODE DU Dr Jules *Félix* (*Scalpel*, 1888, n° 38, Bruxelles). — Il s'agit dans ces deux cas de tumeurs malignes opérées par la méthode des caustiques chimiques.

Le premier cas fut opéré d'après la méthode du Dr Bougard. Ce procédé consiste :

1° A enlever, au moyen de la pâte caustique de Vienne, l'épiderme dans toute l'étendue de la tumeur et même au delà des limites de celle-ci, par exemple lorsque la présence d'arborisations veineuses indique que la peau est malade dans une étendue plus grande ;

2° A appliquer pendant 6 heures sur toute l'étendue de la tumeur une couche de la pâte caustique suivante :

Farine de froment .... } Amidon..........	aa 60 grammes.
Arsenic..........	1 —
Cinabre..........	5 —
Sel ammoniac..........	5 —
Sublimé corrosif..........	50 centigrammes.
Solution de chlorure de zinc à 52°..........	245 grammes.

On fait une pâte molle et homogène, en mélangeant dans un mortier en verre ou en porcelaine les six premières substances, triturées séparément et réduites en poudre fine, et en y versant ensuite doucement la solution de chlorure de zinc, en même temps qu'on tourne rapidement le mélange avec le pilon, de façon qu'il ne s'y forme pas de grumeaux. Dès que le mélange est parfait, on le verse dans un pot en faïence à couvercle, où il peut se conserver plusieurs mois sans perdre de ses qualités. La pâte ainsi préparée est d'un rouge

grenat; elle doit être homogène, facile à manier, très élastique et fort adhésive. Il est indispensable de se mouiller les doigts pour la manier, sinon elle adhère à la peau de l'opérateur.

Quand les six heures d'application de cette pâte sont écoulées, on enlève celle-ci et on la remplace jusqu'au lendemain par un cataplasme émollient, composé de trois parties de farine de lin et d'une partie de farine de guimauve.

3° A enlever par tranches successives, au moyen du bistouri, l'escharre produite, de façon à ne pas léser les tissus non cautérisés; ,outefois en cas d'hémorrhagie, on peut recourir efficacement, comme hémostatique, à l'application du crayon de nitrate d'argent avec tamponnement au moyen de petites boulettes de charpie. Quand on est arrivé sur du tissu non encore cautérisé, on applique une nouvelle couche de pâte et on procède de nouveau comme plus haut, jusqu'à ce qu'on arrive au tissu sain. Fait important à noter, l'action du caustique est toute différente sur les tissus sains que sur les tissus malades.

Le 2e malade a été opéré par cette méthode modifiée par le docteur Félix.

Pour la dénudation de l'épiderme, il trempe un tampon d'ouate ou de charpie dans une solution sursaturée de potasse caustique, frictionne rapidement toute l'étendue de la peau qu'il veut cautériser, et dès que l'épiderme se détache, il applique une couche de caustique. Ce caustique est aussi un peu différent de la pâte Bougard, en voici la formule :

Farine de Froment....................	112	grammes.
Amidon..................................	37	—
Bichlorure de mercure	1	—
Iodol pur..................................	10	—
Croton-chloral........................	10	—
Bromure de camphre..................	10	—
Acide carbolique cristallisé...........	10	—
Chlorure de zinc sec..................	110	—

On mélange dans un mortier en verre ces diverses substances préalablement pulvérisées et l'on ajoute peu à peu la quantité d'eau distillée suffisante pour en faire une pâte homogène, ductile et de la consistance du mastic des vitriers. En ayant soin de se mouiller les doigts, on manie cette pâte comme on veut parce qu'elle n'attaque pas l'épiderme.

On en applique une couche de l'épaisseur de 5 millimètres plus ou moins, d'après l'action plus ou moins profonde que l'on veut obtenir, on recouvre avec une couche d'ouate ou de coton charpie et

on laisse en place pendant 24 heures, s'il s'agit d'une tumeur à enlever. S'il s'agit d'une tumeur à enlever, s'il faut faire une cautérisation légère, modificatrice d'un ulcère, d'une cicatrice vicieuse, d'un lupus, etc., quelques heures suffisent. E. DESCHAMPS.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Statistique en* 1888. — Voici quel a été le mouvement de la Faculté de Paris.

Pendant l'année scolaire 1887-1888, 373 élèves ont été reçus docteurs en médecine. Ce chiffre se décompose de la manière suivante :

Hommes, Français, 321 — hommes, étrangers, 50 — femmes, Françaises, 1 (Mme Soller-Dubois) femmes, étrangères, 1.

En outre, ont été reçus officiers de santé : hommes, Français, 10.

Hommes en cours d'étude à la fin de l'année scolaire 1887-1888 : 3,668.

Les étrangers appartiennent aux nationalités suivantes : Allemagne, 4; Amérique, 131; Angleterre, 34; Australie, 1; Autriche, 4; Belgique, 4; Bulgarie, 3; Danemark, 1; Egypte, 9; Espagne et colonies, 41; Grèce, 19; Hollande, 4; Hongrie, 1; Italie, 8; Norvège, 1; Perse, 1; Portugal, 10; Roumanie, 60; Russie, 136; Serbie; 18; Suède, 1; Suisse, 18; Turquie, 56.

Femmes en cours d'études à la fin de l'année scolaire 1887-1888 : 114. Françaises, 12 (10 aspirantes au doctorat, 2 à l'officiat de santé); Américaines, 1 (Mme Dejerine-Klumpke, la seule femme qui soit arrivée jusqu'ici à l'internat des hôpitaux de Paris); Anglaises, 8; Autrichiennes, 1; Grecques, 1; Russes, 90 (presque toutes sont Polonaises); Turquie, 1.

Rigoureusement, la nationalité des femmes est assez difficile à préciser, quelques-unes ayant changé de nationalité par suite de leur mariage.

ASSURANCE OBLIGATOIRE CONTRE LA MALADIE. — Le Conseil cantonal de Genève ayant été saisi d'un projet de loi sur l'assurance obligatoire de la maladie, a nommé une commission pour l'étude du projet.

Voici les principales dispositions adoptées par cette commission :

Il est institué, dans le canton de Genève, un service d'assurance contre la maladie, dont tous les citoyens genevois, de l'un et l'autre sexe, sont tenus de faire partie dès l'âge de dix-huit ans, à moins qu'ils ne justifient d'être assurés par une société de secours mutuels contre la maladie reconnue par l'Etat.

Le service d'assurance a pour but de garantir :

a) Les frais du traitement pendant la maladie;

b) Une indemnité temporaire de chômage, à laquelle n'auront aucun droit les citoyens qui n'auront pas payé leur cotisation annuelle, si leur indigence est notoirement le résultat de leur paresse ou de leur inconduite.

L'Hospice général est chargé, conjointement avec les communes ou les groupes de communes, de l'organisation de ce service, aux obligations duquel il devra faire face avec les ressources ordinaires qu'il consacre au service des malades, augmentées du produit des cotisations, de l'alloca-

tion de l'Etat, des subventions éventuelles des communes, et des dons et legs avec destination spéciale.

Une allocation annuelle, qui ne pourra excéder 150,000 francs, sera inscrite au budget cantonal en faveur de l'Hospice général, pour le service d'assurance.

La loi règlera l'organisation de ce service, le mode d'intervention des communes, les conditions auxquelles devront se soumettre les sociétés reconnues par l'Etat, le taux de la cotisation pour les citoyens genevois et les citoyens suisses et son mode de perception.

Disposition transitoire. — Dans un délai de six mois, à partir de l'acceptation de la présente loi, l'Hospice général adressera au Conseil d'Etat un projet d'organisation de ce service d'assurance, avec indication des prévisions de recettes et de dépenses.

Nous ferons remarquer que, si d'après ce projet tout citoyen de Genève doit s'assurer en cas de maladie, la seule sanction de cette obligation, c'est la suppression de toute indemnité pour les malades qui refusent de payer leur cotisation. Dans ces conditions l'obligation devient facultative et le but poursuivi n'est pas atteint. Il est vrai qu'on peut se demander si, dans la pratique, un pareil but est facile à atteindre ; il est permis d'en douter.

ORGANISATION DU CONCOURS POUR LES PLACES DE MÉDECIN ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le président du conseil, ministre de l'intérieur : Sur la proposition du directeur de l'Assistance publique et des institutions de prévoyance ; — Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839 et les décrets des 6 juin 1863 et 4 février 1875 ; Vu le décret du 25 mars 1852 ; Vu l'arrêté ministériel en date du 6 mars 1888 instituant une commission chargée d'étudier le meilleur mode de concours à organiser pour l'admission aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés ; Vu le rapport présenté par ladite commission (1) ; Vu l'avis de M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts ; Arrête :

Article premier. — Il est constitué un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés.

Art. 2. — Le concours sera régional ; il y aura autant de régions que de Facultés de médecine de l'Etat. — La circonscription de chaque région sera composée comme il est indiqué dans le tableau annexé au présent arrêté.

Art. 3. — Les candidats devront être Français et docteurs d'une des Facultés de médecine de l'Etat. — Leur demande devra être adressée au ministre de l'intérieur qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Ils ne devront pas être âgés de plus de trente ans au jour de l'ouverture du concours. Ils auront à justifier de l'accomplissement d'un stage d'une année au moins, comme

(1) Cette commission était composée de MM. Bourneville, président et rapporteur ; Donnet, médecin-directeur de l'asile de Vaucluse ; Giraud, médecin-directeur de l'asile de Quatre-Mares.

internes dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale. Toute demande sera en conséquence accompagnée des pièces faisant la preuve de ce stage, de l'acte de naissance du postulant, ainsi que de ses états de services quelconques. Les candidats seront libres de concourir, à leur choix, dans l'une ou l'autre des régions. Au fur et à mesure des vacances d'emplois qui se produiront dans les asiles publics de la région où ils auront passé le concours, les candidats déclarés admissibles seront désignés au choix des préfets, suivant l'ordre de classement établi par le jury d'après le mérite des examens.

Art. 4. — Un premier concours sera ouvert en 1888 dans chaque région pour l'application du présent arrêté, à une date qui séra ultérieurement déterminée. Ce concours aura lieu en vue de l'admission de trois candidats dans la région de la Faculté de médecine de Paris et de deux candidats dans chacune des autres régions. — Un nouveau concours n'aura lieu ensuite dans chaque région que lorsque la liste des candidats déclarés admissibles y sera épuisée à une seule unité près.

Chaque concours sera annoncé au moyen d'insertions faites au *Journal Officiel* et dans le *Recueil des Actes administratifs* de la préfecture et du chef-lieu de chaque région. Tout admissible qui n'aurait pas été pourvu d'un emploi dans un délai de six ans à compter de la date du concours, aurait à se soumettre de nouveau aux épreuves instituées par le présent arrêté, à moins qu'il ne justifiât avoir, dans l'intervalle, été attaché, pendant trois ans au moins, à un asile d'aliénés en qualité d'interne.

A titre exceptionnel, et lorsqu'il y aura urgence à nommer le médecin adjoint d'un asile dans une région où la liste des admissibles se trouverait épuisée, l'administration supérieure conserverait la faculté d'appeler à cet emploi un candidat d'une autre région, à la condition que celui-ci déclarera expressément renoncer au droit qui lui appartient d'obtenir son poste de début dans la région où il a subi le concours. A titre exceptionnel également et lorsqu'une nécessité d'ordre supérieur le recommanderait, ou encore par mesure disciplinaire, tout médecin adjoint nommé pour son début dans la région où il aura concouru, pourra être ensuite envoyé avec ses mêmes fonctions dans un asile situé hors de cette région.

Art. 5. — Les médecins-adjoints pourront être nommés médecins en chef ou directeurs-médecins dans toute la France.

Art. 6. — Le jury chargé de juger les résultats du concours sera composé, dans chaque région : 1° de trois directeurs-médecins ou médecins en chef de la région ; 2° d'un inspecteur général des établissements de bienfaisance ; 3° d'un professeur désigné par la Faculté de médecine de la région. Les directeurs-médecins et les médecins en chef appelés à faire partie du jury seront désignés par voie de tirage au sort parmi les docteurs qui remplissent l'une ou l'autre de ces fonctions dans un des asiles publics de la région. Il sera procédé, en outre, au tirage au sort d'un juré suppléant pris également parmi les directeurs-médecins et médecins en chef.

Art. 7. — Les épreuves sont au nombre de quatre :

1° Une *question écrite* portant sur l'*anatomie* et la *physiologie du système*

nerveux pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats ; le maximum des points sera de 30 ; 2° Une *question orale* portant sur la médecine et la chirurgie ordinaires pour laquelle il sera accordé 20 minutes de réflexion et 15 minutes pour la dissertation ; le maximum des points sera de 20 ; 3° Une *épreuve clinique* sur deux malades aliénés. Il sera accordé 30 minutes pour l'examen des deux malades, 15 minutes de réflexion et 30 minutes d'exposition. L'un des deux malades devra être examiné et discuté plus spécialement au point de vue médico-légal ; le maximum des points sera de 30 ; 4° Une *épreuve sur titres*. Les travaux scientifiques antérieurs des candidats seront examinés par le jury et feront l'objet d'un rapport qui pourra être communiqué aux candidats sur leur demande. Le maximum des points sera de 10. Les points de cette épreuve devront être donnés au début de la première séance de lecture des compositions écrites.

Art. 8. — Ne sera pas soumis aux épreuves du concours institué par le présent arrêté le chef de la clinique des maladies mentales organisée à l'asile Sainte-Anne ; lorsqu'il sera chargé des fonctions de médecin adjoint dans cet établissement, conformément aux dispositions des articles 3 et 4 de l'arrêté ministériel du 8 octobre 1879.

Art. 9. — Le directeur de l'Assistance publique et des institutions de prévoyance est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 18 juillet 1888. *Pour le président du conseil*, le sous-secrétaire d'Etat, signé : Léon Bourgeois.

— Dimanche dernier a eu lieu à Bourg l'inauguration du buste du professeur Ch. Robin, qui est élevé à l'intersection de deux rues de la ville. Sur le piédestal on lit ces mots :

A CHARLES ROBIN

MEMBRE DE L'INSTITUT, SÉNATEUR DE L'AIN

Le gouvernement était représenté par le ministre des travaux publics, qui a rappelé en quelques mots la vie politique de l'illustre savant. Puis M. Sappey, ami et collègue de Robin, et M. Pouchet, délégué par le ministre de l'instruction publique, ont retracé la carrière scientifique du regretté professeur de la Faculté de médecine de Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Lecrosnier et Babé, libraires-éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Traité clinique des maladies mentales, par le Dr Schule, médecin de l'asile d'Ilenau, etc., 3e édition 1886, traduite par les Drs J. Dagonet et G. Duhamel, revue et augmentée par l'auteur. Préface de M. le Dr H. Dagonet, etc. 2e fascicule, 1 vol. in-8, 5 francs.

Prix de l'ouvrage complet, 1 vol. in-8, 9 francs.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

35e Année. — Tome II, N° 116 Jeudi 4 Octobre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 3 octobre 1888.

L'Académie de médecine a entendu une importante communication de M. Laborde sur les alcools dits supérieurs et d'industrie, sur les bouquets artificiels et sur leurs propriétés toxiques.

M. Dujardin-Beaumetz a contesté la valeur du procédé expérimental employé par M. Laborde : les injections intra-veineuses ; il leur préfère l'ingestion par l'estomac qui lui paraît seule à l'abri de toute critique, il conteste de même l'importance attribuée aux accidents épileptiformes chez les absinthiques ; il n'en reste pas moins les curieuses recherches de M. Laborde sur la composition des bouquets artificiels, sur l'action convulsivante du furfurol, de l'aldéhyde salicylique et d'autres poisons véritables qu'un bon nombre d'individus ingurgitent avec une déplorable régularité.

M. le professeur Bouchard a lu au nom de M. A. Mossé, l'un des agrégés les plus distingués de la Faculté de médecine de Montpellier, une note sur la glycosurie dans le paludisme. Le chapitre de l'urologie de la fièvre palustre est entièrement à refaire. La glycosurie qui se montre à la suite des accès de fièvre intermittente est un accident rare et ordinairement transitoire, et l'intoxication paludique ne joue qu'un rôle très secondaire dans sa production. Ce qu'on observe plus souvent dans ces cas c'est une polyurie parfois très abondante, survenant plusieurs jours après les accès.

M. Verrier a communiqué à l'appui de sa candidature dans la section d'accouchements l'observation d'une femme qui, à sa dixième grossesse, eut un enchâtonnement du placenta avec adhérences anormales, une délivrance incomplète et de la septicémie puerpérale. Cette femme guérit par les injections vaginales et intra-utérines antiseptiques. M. Verrier considère ces injections comme très suffisantes dans ces cas et il repousse le curetage qui ne serait pas sans danger.

A. Ch.

THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des corps fibreux de l'utérus (1),

Par le Dr F. Verchère
Ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté.

Les polypes de gros volume, polypes énormes de Pozzi peuvent varier du volume d'une orange à celui d'une tête de fœtus. On pouvait s'étonner de ce que cette définition embrasse des tumeurs de volume aussi dissemblables, et ranger dans la même classe de *tumeurs énormes* au point de vue thérapeutique des corps pouvant varier du double au simple. Aussi cette définition doit-elle être complétée et M. Pozzi propose d'appeler *énormes polypes ceux qui, remplissant la cavité du vagin, ne laissent pas le doigt arriver au pédicule et ne peuvent ordinairement franchir la vulve qu'au prix de certaines manœuvres.* J'ajouterai que l'on peut faire entrer en ligne de compte l'obstacle apporté par la présence même du polype à l'écoulement hors du vagin des produits de sécrétions utérines. Il est facile de comprendre en effet que la masse polypeuse s'appuyant sur l'anneau vulvaire distendu et aminci, arrête tout écoulement au dehors et détermine une rétention absolue des liquides provenant de l'utérus (catarrhe utérin, sang).

De là une source d'infection à laquelle la malade peut difficilement se soustraire même par les soins de toilette les plus minutieux. Les injections ne peuvent pénétrer dans cette partie reculée du vagin et peu à peu les liquides externes se transforment en un ichor fétide qui épuise la malade et détermine une sorte de septicémie lente par résorption, amenant peu à peu les malades à la cachexie. Cette infection locale est possible et pour ainsi dire constante dans les différents cas qui ont été observés, c'est une indication opératoire formelle étant donnée l'aggravation considérable apportée par cette complication au pronostic des polypes fibreux en général.

La thérapeutique devra donc s'occuper dès l'abord de cet état septique du lieu opératoire. On ne devra pas opérer d'emblée dans cette cavité infectée. Ce serait s'exposer aux complications les plus graves par auto-intoxication en blessant un foyer pathologique. Ces principes sur lesquels a insisté M. Verneuil trouveront ici plus que partout ailleurs leur application. L'antisepsie vaginale devra être faite très rigoureusement avant de songer à l'ablation du polype. Nous ne rappellerons pas tous les moyens que nous avons indiqués dans un précédent article, mais nous dirons que dans le

(1) V. *France méd.* du 26 mai 1888, n° 61, t. I, p. 733.

cas particulier, c'est au chirurgien lui-même qu'incombera le soin de préparer le champ opératoire. Il ne devra pas se fier à la malade pour faire les lavages, les injections nécessaires. Dans bien des cas même, il lui sera difficile de faire parvenir un liquide antiseptique jusqu'au fond dilaté du vagin où sont accumulés les liquides utérins ; souvent même, il existe des matières putrides externes qui ne pourront s'échapper malgré un courant de liquide abondant.

Il ne faudra pas se contenter de lancer un jet de solution au niveau des foyers putrides, il faudra porter cette solution au-dessus de la tumeur, soit au moyen d'une sonde de caoutchouc, soit en conduisant une sonde à double courant sur le doigt entre les parois vaginales distendues et la tumeur. Les liquides employés seront la solution de sublimé ou la solution phéniquée faible. Ces lavages seront répétés assidûment et régulièrement matin et soir jusqu'au moment où l'odeur aura disparu, où la fièvre puerpérale, septique, sera éteinte. Un pansement sec à l'iodoforme ou des compresses trempées dans la liqueur de Van Swieten seront appliquées en permanence audevant de la vulve, et ce n'est qu'après ce traitement pré-opératoire que le chirurgien pourra tenter une ablation radicale sans craindre de s'exposer aux terribles complications qui rendraient presque toujours fatales les opérations dans ces cas. Il nous faut ajouter néanmoins qu'il existe des cas dans lesquels avant la désinfection totale préalable il faudra intervenir. Ce sont ceux où cette désinfection est rendue impossible par le volume même de la tumeur, ceux où l'état de la malade est d'une telle gravité qu'il faut opérer sans tarder, sous peine de voir la malade périr de faiblesse et d'anémie avant qu'on ait eu le temps de parfaire la désinfection. Sauf ces deux cas, c'est à ce traitement pré-opératoire que l'on devra la plupart du temps le succès après l'ablation des polypes énormes. J'ajouterai que pendant l'opération et après la suppression de la tumeur, la même antisepsie rigoureuse et prolongée devra être faite surtout dans les deux cas que j'ai cités où elle avait été impossible avant.

Le principe sur lequel s'appuyait l'ablation des polypes d'un moyen volume, c'est-à-dire d'après les tractions sur le col utérin et non sur la tumeur elle-même, devient ici d'une application difficile. On ne peut introduire les doigts sur les côtés de la tumeur, on ne peut y diriger des instruments, on ne peut y conduire des pinces; que faire ? S'abstenir de toute traction, telle doit être alors la règle, sous peine d'amener une inversion utérine, ou un décollement des ligaments larges, et même du péritoine de la fosse iliaque avec épanchement de sang énorme sous-péritonéal comme dans les cas malheureux publiés par M. Le Dentu à la Société anatomique.

Il faudra donc agir sur la tumeur elle-même sur la partie acces-

sible de la tumeur et agir de façon à réduire son volume et à dilater l'ouverture vaginale après la section du pédicule.

La section du pédicule (parfois très mince) peut être faite par torsion, mais ce moyen ne doit pas être employé ; dans la plupart des cas, c'est un moyen aveugle, agissant sur un pédicule dont on n'a pu constater la résistance et dangereux, parce qu'il peut déterminer une traction fâcheuse sur les parois amincies de l'utérus au niveau du point de son implantation. Restent donc les deux seuls moyens que nous avons déjà indiqués pour les polypes des petits et moyens volumes, l'écraseur et l'instrument tranchant. Mais leur emploi est ici plus difficile et demande à être modifié suivant les circonstances.

La chaîne de l'écraseur pourra être placée avec le porte-chaîne ou porte-ligature d'Emmet que nous avons décrit ; mais souvent ce moyen sera infidèle et la chaîne ne pourra être placée.

Voici alors un procédé que recommande Pozzi : « Il consiste à attacher de place en place la chaîne de l'écraseur à un de ces petits cercles élastiques que l'on trouve chez tous les papetiers. »

Ce cercle doit être d'un diamètre plus petit que celui de la tumeur, de manière à ce que son élasticité soit mise en jeu pour l'embrasser. Une chaîne d'écraseur ainsi préparée forme une série de festons autour de la bande élastique au repos, mais ces festons disparaissent quand celle-ci est distendue. On comprend sans qu'il soit nécessaire d'y insister qu'il sera facile de faire glisser de proche en proche la chaîne reliée à ce support qui prend un point d'appui constant sur la tumeur, épouse et sûrement tour à tour ses sinuosités, sans risquer, comme quand la chaîne est laissée libre, de reculer en un point tandis qu'on la fait avancer dans un autre. » Malgré ces moyens ingénieux il arrive qu'on ne peut encore passer et atteindre le pédicule de la tumeur. Il faudra dès lors et sans plus attendre avoir recours à ce moyen sur lequel Chassaignac a si justement insisté, au morcellement.

Ce morcellement de la tumeur peut être fait avec l'écraseur. Malheureusement ce procédé est long, difficile, et souvent impossible. Le volume de la tumeur est tel qu'il résiste à la chaîne, celle-ci ne peut le sectionner et il est arrivé qu'après avoir brisé une ou deux chaînes, l'opérateur a été contraint d'en arriver à un procédé moins bénin mais plus efficace, et plus incontestablement rapide. Je veux parler de l'instrument tranchant.

Celui-ci sera le bistouri pour certains auteurs, ou un instrument spécial pour d'autres.

Le bistouri sera porté directement sur la tumeur et on taillera de véritables tranches qui enlevées successivement la réduisent peu à peu et permettront d'arriver au pédicule que l'on retranchera d'un

seul coup au bistouri et avec une chaîne d'écraseur. Emmet, Depaul, Mathews, Duncan, regardent cette méthode comme la plus rationnelle et y ont eu recours avec succès.

Le seul danger qu'elle présente est l'hémorrhagie. Quoique Simon ait fait remarquer que la coque du polype est la partie la plus résistante, qu'il est possible, après l'avoir incisée, d'énucléer en quelque sorte les parties profondes de la tumeur et d'obtenir son allongement; quoique le tissu fibreux des polypes soit peu musculaire, il n'en est pas moins vrai que l'hémorrhagie a pu dans nombre de cas effrayer à juste titre les chirurgiens et mettre en grand danger la vie des opérées.

Aussi s'est-on préoccupé de cette grave complication et a-t-on cherché à y remédier. M. Pozzi a proposé après avoir rapidement pratiqué l'évidement de la tumeur par une excavation conoïde faite au bistouri au centre même de la tumeur, d'arrêter l'écoulement sanguin par la contriction du pédicule que l'évidement aurait rendu accessible. Je n'ai vu nulle part signalé comme moyen de prévenir l'hémorrhagie, le morcellement au thermo-cautère, mais il est certain que certains auteurs ont dû l'employer et je crois que ce procédé doit être beaucoup moins dangereux que l'évidement au bistouri.

Ce même danger, l'hémorrhagie, a suscité divers instruments, et les indications qu'ils devaient remplir étaient les suivantes: Diminuer le volume de la tumeur tout en maintenant une compression hémostatique. Ces deux indications ont été remplies par l'instrument de M. Segond et c'est à lui très certainement que l'on devra avoir recours pour cette ablation des polypes énormes de l'utérus. C'est une espèce de céphalotribe qu'a construit M. Colin. Les deux cuillers sont poussées entre les parois vaginales et la tumeur; minces et résistantes elles peuvent facilement être glissées, puis mises en place elles embrassent la tumeur et, au moyen d'une vis de rappel, elles la compriment dans son ensemble. Au centre, entre les deux cuillers, s'enfonce une sorte de tarière, qui vient tarauder le centre de la tumeur, enlevant, égrugeant pour ainsi dire le noyau de la tumeur, qui peu à peu diminue en même temps que les cuillers la compriment et empêchent toute hémorrhagie. Cet instrument, que je ne saurais mieux comparer qu'à certains couteaux employés dans l'art culinaire pour enlever le centre d'une pomme sans toucher au fruit lui-même, doit être désormais considéré comme l'instrument de choix pour l'évidement hémostatique des polypes énormes.

Une difficulté sur laquelle je dois maintenant insister a trait à la difficulté que l'on éprouve dans les cas où on a pu avec l'écraseur sectionner le pédicule d'un polype énorme, je veux parler de l'impos-

sibilité où l'on est de faire franchir au polype libre dans le vagin l'orifice vulvaire. Dans beaucoup de cas de simples pinces suffiront, si cela est nécessaire on pourra avoir recours à un petit forceps duquel on devra toujours être muni, *mais pour ne s'en servir qu'après que l'on sera assuré de la section parfaite du pédicule.*

Enfin, d'autres auteurs ont recommandé de faire des débridements vulvaires. Dupuytren incisait en arrière, Verneuil de la fourchette au sphincter anal; on a pratiqué les incisions latérales de Dubois (Heywood, Smith et Barnes). Mais je crois que le morcellement avec le bistouri pourrait alors être fait beaucoup plus simplement et beaucoup plus facilement sans danger, puisque la tumeur est séparée de l'utérus et qu'il n'y a plus de crainte d'hémorrhagie. Peut-être pourait-on se servir, même dans ce dernier temps, de l'instrument de Segond, qui réduirait par pression la tumeur, la diminuerait par évidement et servirait en même temps de tracteur pour lui faire franchir le détroit vulvaire.

Je terminerai ce qui a trait à l'ablation des polypes intra-vaginaux, quelque soit le volume, petits ou énormes, par cette recommandation formelle et indispensable, qu'il ne faut entreprendre cette opération que si l'on est assuré d'être capable de faire une antisepsie post-opératoire et qu'on ne doit quitter la malade qu'alors que le pansement antiseptique a été scrupuleusement fait. J'ajoute que si le point d'implantation du polype donnait un léger écoulement de sang, si une cautérisation superficielle n'avait pu l'arrêter complètement, il n'y aurait aucun inconvénient à faire un tamponnement du vagin et même de l'utérus, sous condition formelle que ce tamponnement soit fait avec de la gaze ou des tampons d'ouate iodoformée irréprochable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 octobre 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

LA CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre du ministre du commerce et de l'industrie qui transmet le rapport de M. le Dr Lafosse, médecin inspecteur des eaux minérales de Vals, sur la saison thermale de 1886; 2° une lettre de M. le Dr Budin, candidat dans la section d'accouchements; 3° une lettre de M. le Dr Sérac, de Vichy, candidat au titre de correspondant national (première division); 4° M. le Dr Landarrabilco de Barbaste (Lot-et-Garonne) envoie un travail manuscrit intitulé : Des propriétés thérapeutiques du café vert dans les affections calculeuses du foie; 5° l'Académie reçoit un rapport manuscrit sur une épidémie de fièvre typhoïde observée au camp de Pontgouin.

Observation d'enchatonnement avec adhérences normales du placenta. Délivrance incomplète, septicémie puerpérale. Guérison par les injections intra-utérines et vaginales antiseptiques. — M. le Dr *Verrier* lit l'observation d'une femme de 40 ans, ayant déjà eu neuf enfants, complètement guérie des accidents signalés dans le titre de ce travail. Il conclut de cette observation et d'autres faits analogues que dans les cas les plus graves d'infection putride après abandon forcé d'une partie du placenta dans l'utérus, les injections fortement antiseptiques et fréquemment répétées suffisent pour débarrasser la malade des débris placentaires qui n'ont pu être extraits et rendre antiseptiques ceux qui ont conservé des adhérences et pourraient devenir un champ de culture pour les colonies des microbes de la fièvre puerpérale. Il n'est donc pas absolument indiqué d'infliger à la femme qui vient d'accoucher et de subir une délivrance manuelle toujours pénible et dangereuse, le traumatisme nouveau d'un abaissement utérin, d'un curetage et d'un écouvillonnage dans un utérus déjà si malmené.

Le curetage d'ailleurs est d'application récente aux cas post-puerpéraux; M. Verrier ne le proscrit pas dans des cas déterminés; mais il pourrait bien ne pas être sans danger quand l'utérus développé par un produit de conception à terme a été aminci, quand le col est ramolli, flasque, largement entr'ouvert, pantelant, ne donnant pas prise à la pince de Museux et surtout si la femme a déjà subi des tentatives multiples de délivrance artificielle par la pénétration de la main.

Glycosurie ou polyurie dans le paludisme. Recherches sur l'excrétion urinaire après les accès de fièvre intermittente. — M. le professeur *Bouchard* lit, au nom de M. le Dr *Mossé*, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, un travail dont voici les conclusions :

1° L'urologie de la fièvre palustre mérite d'être reprise. Les propositions classiques sur les caractères et la marche du syndrome urologique pendant les paroxysmes et après l'accès, subissent de nombreuses exceptions. Elles ne peuvent être données comme règles que sous réserves ;

2° A la suite des accès de fièvre intermittente la glycosurie peut se montrer, mais elle constitue un accident rare et ordinairement transitoire ;

3° La glycosurie qui se montre dans ces circonstances paraît tenir surtout aux conditions inhérentes à l'individu et résulter d'un état spécial de l'organisme, passager ou permanent (diathèse arthritique, lactation, état de la nutrition, etc.) ;

4° L'intoxication tellurique n'a dans sa production qu'un rôle se-

condaire puisque chez les paludéens cachectiques et dans les fièvres intermittentes pernicieuses, la glycosurie ne paraît pas plus fréquente que dans l'impaludisme moins grave ou moins invétéré ;

5° Après les accès de fièvre intermittente, il est fréquent mais non constant de voir survenir une polyurie aiguë à caractères spéciaux. La quantité d'urine émise varie de 2 litres et demi à 3 litres et demi ou 4 litres dans les vingt-quatre heures. Elle a pu atteindre 5 et même 8 litres.

6° Cette polyurie aiguë commence d'habitude plusieurs jours après les accès et ne s'accompagne pas ordinairement d'une azoturie proportionnelle.

Elle ne doit pas cependant être regardée comme une hydrurie simple. Dans les cas où les chlorures ont été analysés, ces sels se trouvaient excrétés en grande abondance.

7° Dans son allure et par ses caractères principaux, cette polyurie se rapproche plutôt des polyuries observées dans la convalescence des maladies aiguës qu'elle ne constitue à proprement parler un syndrome critique.

8° Pour mieux pénétrer sa nature, il serait utile de savoir si cette polyurie s'accompagne d'une augmentation de la toxicité urinaire.

9° Au point de vue séméiologique il faut recommander de faire pendant plusieurs jours consécutifs l'examen de l'urine, après la disparition des accès fébriles.

10° Le fait observé par M. S. Ringer que le sulfate de quinine diminuerait les éléments de la fièvre (d'une part l'augmentation de température qu'il fait disparaître, d'autre part l'augmentation de matières excrémentitielles qu'il laisserait subsister et qui paraîtraient dans l'urine au moment précis où l'accès aurait éclaté, si on n'avait pas institué la médication quinique), mérite d'être confirmé par de nouvelles analyses.

L'ALCOOL ET SA TOXICITÉ. LES ALCOOLS DITS SUPÉRIEURS ET D'INDUSTRIE ET LES BOUQUETS ARTIFICIELS. — M. *Laborde* résume quelques expériences qui montrent les dangers auxquels exposent quelques-uns des produits qui sont actuellement livrés à la consommation.

Le vin est fabriqué de toutes pièces avec de l'alcool, des matières colorantes et une huile essentielle à laquelle on donne le nom de bouquet. Le bouquet est un produit très complexe. Il y en a deux variétés, l'huile de vin française et l'huile de vin allemande, cette dernière étant généralement employée de préférence par l'industrie.

Ces produits proviennent de l'oxydation par l'acide nitrique d'huile de coco, de beurre de vache, d'huile de ricin, et quelquefois d'autres matières grasses : ils ont un parfum tellement pénétrant que pour

peu qu'on ait manié les flacons qui les contiennent on est imprégné pour longtemps de leur odeur.

Il résulte des expériences que nous avons faites avec ces bouquets qu'ils peuvent déterminer des phénomènes toxiques se résumant ainsi :

L'action du poison porte d'abord et en général sur le système nerveux dont l'excitabilité est accrue, et ensuite sur la fonction respiratoire par l'arrêt de laquelle se produit la mort. Mais le poison d'origine allemande est sensiblement plus actif.

Quelque minime que soit la quantité employée, elle n'en offre pas pas moins des dangers réels, en raison de la répétition fréquente de l'absorption et des quantités totales du liquide absorbé dans la consommation.

Un point restait à élucider, le caractère convulsivant de l'action toxique de l'alcool, ce caractère ne semblant pouvoir être attribué qu'aux essences qui entrent dans la composition de certaines liqueurs dites spiritives, dont l'absinthe est le type. On sait même à quels agents l'alcool emprunte sa puissance convulsivante.

C'est, non pas à la pyridine, qu'il contient, mais à deux aldéhydes, *l'aldéhyde pyromucide ou furfurol*, pour les alcools d'industrie, et *l'aldéhyde salicylique* pour les liqueurs et les bouquets.

Le *furfurol* se trouve en particulier dans les alcools de grain, d'avoine, de seigle, d'orge. Il se produit vraisemblablement, aux dépens du son, dans la saccharification sulfurique des céréales et passe dans les produits de la distillation du liquide fermenté. C'est un liquide incolore, mais qui brunit facilement à l'air, d'une odeur rappelant l'essence de cannelle et l'essence d'amandes amères. Sa densité est de 1,68; il bout à 162°. De nombreuses expériences physiologiques nous ont montré, d'une façon indubitable, la faculté convulsivante et épileptisante du furfurol employé en injections intra-veineuses. Cette action ne se produit pas à la suite de l'ingestion stomacale, parce que le médicament n'est pas supporté par cette voie.

Deux autres produits, *l'aldéhyde salicylique* et le salicylate de *méthyle* donnent aux liqueurs et aux bouquets cette même propriété convulsivante, et même à un degré plus élevé.

Actuellement, dans la pratique ordinaire de l'industrie des liqueurs, on met en présence d'alcools inférieurs, de mauvaise qualité, des essences avec lesquelles on obtient des liqueurs demi-fines. Les bouquets masquent ainsi habilement les alcools de mauvais goût. Il en résulte même que les liqueurs les plus et les mieux parfumées sont précisément celles où entrent les alcools les plus mauvais.

Parmi ces bouquets il en est d'inoffensifs, mais la plupart sont des poisons.

Le type de ces poisons est la liqueur d'absinthe, bien connue depuis les travaux de Magnan, et donnant l'idée typique des convulsivants et épileptisants.

Mais dans le vermouth et le bitter il existe aussi un bouquet artificiel des plus dangereux, c'est *l'aldéhyde salicylique* que les fabricants substituent à l'essence de reine des prés, laquelle entre dans la composition de ces liqueurs.

Retiré de l'essence de reine des prés, l'aldéhyde salicylique a pour formule $C^7H^6O^2$; c'est un aldéhyde phénol. On le prépare en faisant agir une partie de bichromate de potasse et huit parties d'eau sur un mélange d'acide sulfurique et d'eau.

L'aldéhyde salicylique ainsi obtenu est un liquide neutre, incolore prenant une teinte rougeâtre au contact de l'air. Il a une odeur aromatique spéciale.

Il nous reste dans cette catégorie, à examiner encore un produit; c'est *l'essence de noyau.*

(La fin de la communication de M. Laborde est remise à la prochaine séance).

M. *Dujardin-Beaumetz* veut parler du mode opératoire de M. Laborde. Chez le chien, l'administration de l'alcool par l'estomac est difficile. Avec M. Ridji nous avions pris d'abord comme base de nos expériences la peau, nous avions injecté l'alcool sous la peau. On nous a fait diverses objections et nous avons employé l'estomac en grisant les cochons comme on grise les hommes.

Quant au procédé de M. Laborde, l'injection intra-veineuse, c'est le plus mauvais que l'on puisse employer. Il y a là des chances d'erreurs multiples. En injectant directement l'alcool dans le sang, il est possible qu'on produise des embolies qui changeraient complètement les conditions, surtout quand on veut étudier l'action convulsivante de l'alcool. L'absinthe injectée dans les veines, comme le furfurol, produit très nettement des attaques épileptiques chez le chien. Quand l'absinthe ou le furfurol sont injectés par l'estomac, ces attaques épileptiques ne se produisent plus. D'ailleurs l'épilepsie n'est pas plus commune chez les absinthiques que chez les autres alcooliques.

M. *Laborde.* La critique de M. Dujardin-Beaumetz me permet de faire ici une déclaration de principe: l'injection intra-veineuse, à condition qu'elle n'ait pas d'action destructive sur le sang, est le procédé le plus pur, le procédé typique. On peut être sûr de cette façon de déterminer l'action médicamenteuse sans avoir la moindre obscu-

rité dans les expériences. D'autre part la clinique a parfaitement montré que les absinthiques sont de véritables épileptiques.

Malgré les injections intra-veineuses, on emploie d'autres procédés : injection sous-cutanée et injection par l'estomac ; on observe exactement les mêmes phénomènes. Le furfurol donné pendant un certain temps et à petites doses produit parfaitement des attaques épileptiformes pourvu que l'absorption se fasse régulièrement.

A 4 heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Duplay sur le concours du prix Menot.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS.

Séance du 22 mars 1888. — *Présidence de M.* Rendu.

M. *Ballet* demande la parole à propos du procès-verbal pour signaler une récente communication de M. Jeannel, au congrès de chirurgie, qui corrobore les vues qu'il a émises dans la dernière séance de la Société clinique sur la pathogénie des accidents nerveux liés à l'intoxication iodoformique.

M. *Besançon* relate une observation intitulée : Ectasie de l'aorte et de la sous-clavière gauche. Compression des filets radiaclaires inférieurs du flexus brachial. (V. *France méd.*, n° 114.)

M. *Bourdel* rapporte un cas de scarlatine anormale. (V. *France méd.* n° 69.)

M. *Bouchard.* Dans l'observation de M. Bourdel, la fièvre a manqué ainsi que l'angine ; la langue n'a pas pris son aspect spécial ; la desquamation a été insignifiante. Le tableau clinique est loin d'être celui de la scarlatine.

M. *Balzer* rapporte l'observation d'une petite fille chez laquelle une scarlatine légitime s'est développée deux ou trois jours après une chute. Il rapproche cette observation des faits de scarlatine traumatique.

M. *Comby.* Sous le nom de scarlatine traumatique, les chirurgiens décrivent un exanthème scarlatiforme qui débute autour des plaies. Cet exanthème est bien distinct de la scarlatine véritable.

M. *Liandier* signale deux faits de variole dans lesquels le contact d'un varioleux n'était point facile à retrouver.

M. *Galliard* a observé un cas de scarlatine anormale dans lequel des accès febriles se sont montrés pendant la convalescence sans qu'il fût possible de les rattacher à une complication.

Les Secrétaires des séances,
A. Gilbert, M. Lebreton.

NOUVELLES

LÉGION D'HONNEUR. — A été nommé au grade de chevalier de la Lég[illegible] d'honneur, M. le Dr Démoulin, maire de Landrecies (Nord).

DISTINCTION HONORIFIQUE. — A été nommé au grade d'officier d'Ac[illegible] démie, M. le Dr Légée, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à Abbeville (Som[illegible]

— Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique [illegible] France, le ministre du commerce et de l'industrie a décerné les [illegible] compenses suivantes aux médecins qui se sont distingués par leur par[illegible] cipation dévouée aux travaux des Conseils d'hygiène publique et [illegible] salubrité pendant les années 1884 et 1885 :

Médailles d'or. — MM. les Drs Arnould (de Lille) et Gibert (du Hav[illegible]

Médailles de vermeil. — MM. les Drs Bancel (de Meulun), Chartier [illegible] Nantes) et Paris (de Versailles).

Médailles d'argent. — MM. les Drs Bertin-Sans (de Montpellier), Jabl[illegible] (de Poitiers) et Liétard (de Remiremont),

Médailles de bronze. — MM. les Drs Pujos (d'Auch), Grellet (de Mé[illegible] Lécuyer (de Beaurieux), Counand (de Besançon), Lhuissier (de Re[illegible] Marfan (de Castelnaudary) et de Pont-Réaulx (de Saint-Junien).

ÉCOLE DE MÉDECINE DE PLEIN EXERCICE A ALGER. — La Commissio[illegible] du budget vient de décider que l'École de médecine d'Alger serait class[illegible] parmi les écoles de plein exercice.

En conséquence, il est institué trois chaires nouvelles.

Une deuxième chaire de clinique médicale.

Une deuxième chaire de clinique chirurgicale.

Une chaire d'anatomie pathologique.

Les titulaires de ces diverses chaires toucheront 5,000 francs comm[illegible] les professeurs actuels, mais ils n'auront pas droit au quart colonial, q[illegible] ces derniers continueront à percevoir comme par le passé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du PROGRÈS MÉDICAL, 14, rue des Carmes, Paris.

La mort par la décapitation, par le docteur Paul LOYE, avec une pr[illegible] face de M. le professeur BROUARDEL, un beau volume in-8 de 300 page[illegible] prix : 6 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

... — Tome II. — N° 117. Samedi 6 Octobre 1888.

LA ...NCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
...ance.......... 15 fr.
...nion postale... 18 fr.
...Pays d'outre-mer 20 fr.

...ne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
...double sera annoncé et analysé, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome II. N° 117 Samedi 6 Octobre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

PHYSIOLOGIE.

Sur l'action physiologique de l'Hedwigia balsamifera

Par MM. E. Gaucher, Combemale et Marestang (1).

L'*Hedwigia balsamifera* (*vulgo* bois-cochon, sucrier de montagne) est un arbre de la famille des Térébinthacées, qui croît aux Antilles et qui a été classé et décrit par Descourtilz (*Flore des Antilles*, t. III, p. 263).

Pour l'étude des effets physiologiques de l'*Hedwigia*, nous avons préparé des extraits alcoolique et aqueux des écorces de racine et de tige. La tige donne 19 pour 100 d'extrait alcoolique et 17 p. 100 d'extrait aqueux; la racine, 18 pour 100 d'extrait alcoolique et 25 pour 100 d'extrait aqueux. Toutes nos expériences ont été faites par injections hypodermiques.

Avec les *extraits alcooliques* (écorce de tige et écorce de racine), que nos expériences nous ont montrés d'une égale activité, il a suffi de 0 gr. 146 par kilogramme d'animal pour déterminer, chez le cobaye, des troubles graves et 0 gr. 161 pour produire la mort.

A raison de 0 gr. 023 par kilogramme, on produit un affaissement immédiat; le cobaye répond à peine aux excitations. A raison de 0 gr. 07, l'affaissement est beaucoup plus marqué; cependant l'animal se relève encore avec peine, quand on l'a couché sur le côté. Avec une dose double, 0gr. 14, les symptômes précédents augmentent, la respiration devient irrégulière et fréquente (96 respirations, au lieu de 80 par minute avant l'expérience), la température baisse de 1°,5 en trente-cinq minutes (de 38°,8 à 37°,3). Le lendemain l'animal est encore prostré, sa température reste à 37°,5 et son poids a diminué en vingt-quatre heures de 79 grammes, soit 1/10 environ (de 822 gr. à 743 gr.).

A la dose de 0 gr. 161 par kilogramme, cinq minutes après l'in-

(1) Note présentée à l'Académie des sciences par M. le professeur Bouchard.

jection l'animal a l'oreille basse et congestionnée; au bout d'un quart d'heure, on observe des frissons et des secousses convulsives des membres; au bout d'une demi-heure, une parésie du train postérieur, qui devient peu à peu de la paralysie, laquelle remonte ensuite au train antérieur, où elle est moins marquée; la température a baissé de 1°,6 (de 37°,5 à 35°,9). Au bout d'une heure et demie l'animal meurt, après une éjaculation spermatique abondante. L'autopsie montre une congestion intense de tous les viscères, particulièrement du poumon.

Avec 0 gr. 298 par kilogramme, un cobaye meurt en une heure, après avoir présenté les mêmes symptômes que le précédent et, de plus, de la diminution de la sensibilité des réflexes dans les premières minutes de l'expérience; vingt minutes après l'injection, la température avait baissé de 2°,4 (de 38°,5 à 36°,1). Mêmes lésions que ci-dessus à l'autopsie.

Les *extraits aqueux* sont moins toxiques que les extraits alcooliques. L'extrait aqueux de tige est plus toxique que celui de racine.

L'*extrait aqueux de racine* est deux fois et demie moins toxique que l'extrait alcoolique; il faut 0 gr. 65 par kilogramme pour amener la mort en une heure. Les symptômes sont les mêmes que ceux que produit l'extrait alcoolique.

Avec 0 gr. 1 d'extrait, chez un cobaye pesant 615 gr., en vingt minutes la température baisse de 0°,5; la paralysie du train postérieur se manifeste après l'injection de 0 gr. 3, avec des frissons, une respiration convulsive, de la dilatation pupillaire et l'abolition des réflexes. Cette paralysie s'étend au train antérieur et aux muscles du cou. Au bout de quarante-cinq minutes, la température a baissé de 1°,9. Au bout de cinquante minutes, les battements cardiaques se ralentissent, la respiration s'arrête quelques minutes et reparaît ensuite; les quatre membres et la mâchoire inférieure sont agités de convulsions synchrones; une éjaculation se produit, puis la respiration s'arrête, les convulsions deviennent plus rares et se localisent à la mâchoire inférieure, les battements de cœur s'arrêtent et l'animal meurt une heure après le début de l'expérience. A l'autopsie, tous les organes sont congestionnés, le cœur en diastole.

En espaçant les injections pendant quatre jours, pendant lesquels un cobaye reçoit 0 gr. 888 d'extrait par kilogramme, on produit la mort au bout de quinze jours. Les symptômes observés sont les mêmes: frissons, hypothermie, convulsions, paralysie.

Sur le lapin on obtient des phénomènes analogues, avec des doses comparables: à 0 gr. 35 par kilogramme on détermine l'hypothermie

…NNÉE, — TOME II. — N° 117. SAMEDI 6 OCTOBRE 1888.

LA

…NCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
…ANCE.......... 15 fr.
…NION POSTALE... 18 fr.
…PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

…ser la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
…double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

tion de 0.75/8, soit environ 1/10. Elle est très peu soluble dans l'éther, le chloroforme, la benzine, les alcools méthylique et éthylique; plus soluble dans l'alcool amylique, qui en dissout 1/300. Elle est bien plus toxique que l'alcaloïde. Injectée à des cobayes, elle produit une hypothermie de plusieurs degrés, qui persiste vingt-quatre heures après; une paralysie ascendante, bientôt généralisée, sans convulsions, et la mort plus ou moins rapide suivant la dose employée.

Injectée en solution saturée dans l'alcool amylique (1/300), à la dose de 0 gr. 00224 par kilogramme, elle détermine en trois minutes une paralysie flasque, complète et généralisée, avec perte des réflexes, ralentissement et affaiblissement de la respiration. En sept minutes, la température baisse de 0°,3. Au bout de treize minutes, la respiration reprend peu à peu son amplitude et sa fréquence; puis l'animal remue les paupières et les pattes de devant. Au bout de quarante-quatre minutes, la température est tombée de 4°,8; le mouvement est revenu dans les pattes de derrière. Au bout de une heure vingt minutes, l'animal est complètement revenu à lui et marche.

Seize heures après, l'hypothermie est encore de 2°, bien que l'animal soit aussi vif qu'avant l'expérience. La mort arrive de vingt-quatre heures à trente-six heures après l'injection.

D'après ces expériences, l'*alcaloïde* est surtout *convulsivant*; il est aussi paralysant et hypothermisant, à un moindre degré que la résine.

La *résine* est exclusivement *paralysante* et *hypothermisante*, d'une façon beaucoup plus active que l'alcaloïde. En dehors de *son action antithermique, qui est tout à fait spéciale*, elle semble agir comme le curare.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Le salol dans la diarrhée. (*Therapeutic Gazette*, n° 6, 1888.) — Le Dr *Osborne* rapporte un certain nombre de cas de diarrhée chez les adultes et les enfants pour lesquels l'usage du salol lui a donné d'excellents résultats : pour un enfant de 2 ans, il donne environ 2 à 3 centigrammes, de 2 à 5 ans 8 centigrammes, de 5 à 12 ans 15 centigrammes, et au-dessus de 12 ans il pense que 25 centigrammes représentent une dose suffisante. Ces doses peuvent paraître faibles, mais on peut les renouveler toutes les deux heures jusqu'à la cessation des selles liquides. Le salol se trouve indiqué dans les affections intestinales, lorsqu'il y a de la diarrhée, des vomissements, des crampes, particulièrement dans la diarrhée infantile et dans la dysenterie. Dans ces conditions, les selles deviennent moins fréquentes et repren-



... — Tome II. — N° 117. Samedi 6 Octobre 1888.

LA ...NCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
...ANCE.......... 15 fr.
...NION POSTALE... 18 fr.
...PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

...e la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
...double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

main où les organismes pathogènes jouent un rôle. Dans les maladies septiques, par exemple, le sang montre une grande tendance sous le microscope à laisser l'hémoglobine en liberté, qui cristallise. Au bout de vingt à trente heures l'hémoglobine transsude dans le sérum près des bords de la plaque du couvre-objet, tandis qu'à l'intérieur les globules ont perdu leur forme sphérique et sont remplacés par des cristaux prismatiques aciculaires.

Cette cristallisation serait d'autant plus manifeste que les symptômes sont plus graves. L'auteur a étudié depuis longtemps ce phénomène dans les maladies infectieuses.

Dans les intoxications septiques, la cristallisation est d'autant plus marquée que les symptômes de la résorption des matières septiques sont plus intenses, on l'observe surtout peu après le frisson ou l'ascension thermique. Mais pour obtenir ce résultat, il faut de hautes doses de matières septiques.

Dans la septicémie et la pyémie, la tendance à la cristallisation est moindre, mais elle est très nette dans les cas mortels surtout vers la fin de la maladie.

Dans l'érysipèle et les phlegmons, le sang donne de l'hémoglobine cristallisée lorsqu'on le retire des parties enflammées, et ce n'est que dans ces cas extrêmes que la tendance à la cristallisation est générale. L'érysipèle de la face, par exemple, est une affection trop localisée pour pouvoir produire l'altération en question dans toute la masse du sang.

Dans la diphthérie, la tendance à la cristallisation n'est pas constante ; elle ne se produit pas dans la fièvre typhoïde ni dans les cas de rougeole, de variole non compliquées. Elle s'observe surtout dans le noma et dans la période terminale de la phthisie. On peut dire qu'elle est surtout marquée dans les maladies dans lesquelles il y a résorption de produits toxiques.

L. JUMON.

MEMENTO PRATIQUE

Du traitement des hémoptysies par l'iodoforme. — Les Drs Chauvin et Jorissenne ont publié dans *le Progrès médical*, n° 20, la relation d'un certain nombre de cas d'hémoptysie traités par l'iodoforme avec un succès aussi constant que rapide ; en outre, la cessation de l'hémoptysie après l'administration de l'iodoforme ne serait pas seulement momentanée, comme il arrive souvent après l'emploi de l'ergotine, mais resterait définitive.

Les auteurs ont cru pouvoir tirer de leurs observations les conclusions suivantes :

1° L'iodoforme constitue un moyen hémostatique excellent, très rapide et certain des crachements de sang ainsi que des hémoptysies graves ;

2° Les récidives sont très rares, ne surviennent en tous cas que longtemps après et ne sont jamais aussi abondantes, loin de là, que les premières hémorrhagies ;

3° L'iodoforme agit à faible dose ; quelques pilules de 5 centigr. suffisent, 2, 3, 4. Il est rare de devoir dépasser 8 à 9 pilules ; c'est là, disent-ils, un avantage précieux sur d'autres moyens moins rapides, tels que l'ergotine, qui offrent d'ailleurs souvent de grands inconvénients ;

4° Aucun cas de décès par hémoptysie ou récidive d'hémoptysie n'a été constaté durant une période de dix mois ;

5° L'iodoforme a réussi dans des cas où l'ergotine, à dose plus forte pourtant, restait en défaut ;

6° L'emploi des révulsifs, tels que ventouses, etc., n'a été usité que dans les cas d'hémorrhagies trop graves pour exposer la vie du malade à des expériences sur la valeur d'une méthode nouvelle de traitement ;

7° Bien que dans la plupart des cas nous ayons associé l'iodoforme au tannin, plusieurs observations prouvent que c'est bien l'iodoforme qui est l'agent actif. D'ailleurs, les doses de tannin étaient trop petites pour pouvoir agir avec cette rapidité.

Les formules employées sont les suivantes :

Iodoforme........................	0,05 centigr.
Extr. de gentiane ou de quinquina...	Q. S. p. f. une pilule.

ou :

Iodoforme........................	0,05 centigr.
Tannin........................	0,10 —
Excipient quelconque..............	Q. S. pour une pilule.

Trois à cinq pilules par jour. (*Revue médicale*).

BIBLIOGRAPHIE

—

La mort par la décapitation, par le Dr *Paul Loye*, avec une préface de M. le Pr *Brouardel* (Lecrosnier et Babé, éditeurs. Paris 1888).

Confiant dans les paroles que M. le Pr Brouardel a mis en tête du volume de M. P. Loye, nous avons ouvert ce livre sans trembler, la nuit, solitaire, dans le silence absolu du cabinet, convaincu qu'après l'avoir lu et analysé, comme nous le demande notre rédac teur en chef, nous aurions un sommeil tranquille et réparateur que

la conscience du devoir accompli aurait rendu, croyions-nous, plus doux et plus calme.

La préface dans un style, que possède seul notre savant et aimable Doyen, nous annonçait que l'auteur avait maintenu la question sur le terrain scientifique, et qu'il avait laissé volontairement de côté tout ce qui relève de la sentimentalité, M. P. Loye lui-même ajoutait que son livre : « n'est pas le roman de la guillotine, que ceux qui l'ouvriraient pour y chercher de fortes émotions, pour y trouver la description de scènes terribles, pour y lire des légendes saisissantes, ceux-là seraient rapidement déçus » ; aussi c'est sans songer à mal que nous avons ouvert le volume.

Mais dès la première partie le frisson vous prend, dès l'historique de la décapitation nous voyons grimacer, sourire, cligner malicieusement, les têtes qui roulent sous le glaive de la loi. Ces têtes qui voltigent hagardes, ou rieuses autour de nous dans la nuit, vous les voyez examinées, prises, reprises, palpées, interrogées; sentent-elles? perçoivent-elles? comprennent-elles? Brr!!! rien que la question ainsi posée fait dresser, si cela est possible, les cheveux sur la tête.

En 1767, un jeune docteur, Pierre Gautier, se posait déjà cette question métaphysicophysique. On éprouve seulement un léger apaisement quand, à la fin de ce premier chapitre, on peut voir que la plupart des auteurs qui ont étudié la question sont convaincus « que ce souffle d'acier, qui passe entre le cœur et le cerveau, a déjà anéanti l'intelligence et la douleur physique au moment où la tête du supplicié tombe sur l'échafaud. »

La deuxième partie est intitulée : *Recherches expérimentales*. Dans ce chapitre que je conseille aux membres de la ligue antivivisectionniste, l'auteur jongle avec les têtes de chien. La description de l'instrument qui a servi à toutes ces décapitations est délicieuse. En quelques lignes l'auteur met sous les yeux le dispositif simple, élégant, impeccable qui tranche la tête malgré les poils qui ornent le cou de l'animal et la laisse sur un support qui la soutenait avant la décapitation et permet de l'observer avec soin.

« Au moment où la tête se détache, la bouche est presque toujours démesurément ouverte. La langue est appliquée sur le plancher buccal. Les paupières sont fermées... puis les yeux s'ouvrent et roulent dans leurs orbites, de droite à gauche, en haut et en bas... Les mâchoires s'écartent et se rapprochent, tous les muscles de la face sont pris de convulsions rapides. Les commissures labiales se déplacent violemment, les ailes du nez frémissent, les lèvres tremblent, les oreilles se dressent. Tous ces mouvements réunis consti-

tent une grimace affreuse : cette physionomie convulsée semble exprimer l'angoisse la plus vive et la douleur la plus intense ».

Mais ceci n'est rien. Ce ne sont que les mouvements spontanés. L'auteur stimule, excite, irrite, taquine cette tête grimaçante, puis après elle une autre, puis après cette autre une série, et l'on voit en rêve cette longue suite de têtes se souriant, se regardant, bâillant, éternuant, se communiquant, par les yeux, entre elles les impressions fâcheuses que leur a fait ressentir « le couteau triangulaire en acier surmonté d'une masse de plomb de 10 kilogs et ayant passé au niveau de la 3e vertèbre cervicale. »

Certains animaux sont décapités pour leur tête, c'est elle qui est examinée, mais d'autres (membres antivivisectionnistes, criez : anathème, au courage de M. Loye!) moins bien partagés (sans jeu de mot macabre) ne sont sacrifiés que pour l'examen de leur corps après la résection capitale.

M. Loye examine les diverses théories qui peuvent amener la solution du problème qu'il a eu l'énergie d'étudier. C'est par asphyxie immédiate subite que meurt l'animal. Le sang s'échappe et aussi ne s'artérialise plus. Il y a cependant autre chose que l'hémorrhagie, que l'asphyxie, c'est la section de la moelle épinière dans la région du cou, qui est un facteur très important dans la perte de la connaissance et de la volonté.

Cette notion de la perte instantanée de la connaissance, de la disparition immédiate de la perception, de la mort subite du moi nous avait à peine rassérénés que le physiologiste implacable nous soumet de nouveau aux émotions effroyables et aux spectacles affolants. Une nouvelle question à résoudre, c'est une nouvelle *question* à imposer aux pauvres bons chiens. — *Quin imo* (*horresco referens*)! Certains physiologistes ont eu l'incroyable courage de la faire subir à des têtes humaines. — La vie peut-elle être rappelée dans la tête décapitée? Et nous voyons ces pauvres têtes, convaincues qu'elles en ont à tout jamais fini avec les misères de ce monde, reprises par les expérimentateurs, se ranimer sous l'influence d'injections d'eau salée. Les muqueuses récupèrent leurs couleurs roses, et, par l'union étrange d'une artère de cheval vivant avec une carotide de chien décapité, les contractions, les grimaces persistent plus longtemps. L'hémorrhagie et l'asphyxie sont arrêtées par cette circulation artificielle, il n'y a plus qu'un des facteurs de la mort qui agit, et, Dieu merci ! il est suffisant pour avoir détruit le côté intellectuel et ne laisser persister que des mouvements qui ne semblent être que la continuation de ceux qui se manifestent spontanément après la décapitation. Sans cela « supposez l'expérience réussie et imaginez sur la table sanglante cette tête coupée qui sent, voit, entend, com-

prend. Voyez ces lèvres qui remuent, silencieuses, le larynx tranché ne leur fournissant aucun son. Si elles parlent, c'est pour exprimer l'atroce torture physique de la plaie énorme et la torture morale, plus épouvantable encore. Le plus cruel des bourreaux qui brûle, tenaille et roue est une colombe à côté de ce savant qui pompe tranquillement son sang soigneusement artérialisé. »

Enfin, M. Loye nous démontre qu'on est mort et bien mort après la décapitation, cela est rassurant, malgré les histoires si curieuses de Lacenaire, de de la Pommerais, de Charlotte Corday, que le lecteur trouvera dans ce livre troublant, dirait un littérateur moderne. Citons aussi les cures merveilleuses à la suite de décapitation de Saint-Denis, de Bohuslaus Balnibus, puis l'histoire adorable de Rabelais au sujet d'Espistemon, etc. Ce sont des passages où le lecteur pourra retrouver un peu de calme et verra pour un instant disparaître l'horrible cauchemar auquel l'a convié M. Loye depuis qu'il a ouvert ce livre qui, fort heureusement, se termine par ces lignes tranquilisantes : « La douleur produite par la section du cou n'a pas le temps d'être perçue. Les seules souffrances physiques imposées au patient résultent de la ligature des membres et de la position du corps sur la bascule : *l'humanité ne peut guère exiger moins.* La véritable douleur c'est l'angoisse morale, c'est la frayeur de la mort, et aucun supplice n'est capable de la supprimer, puisque la loi ne permet pas de frapper le condamné sans que celui-ci soit prévenu. »

Tout est bien qui finit bien, mais c'est égal, on a beau savoir que l'opération n'est pas douloureuse pour le patient, la lecture de cette longue série de décapitations humaines et animales, ces observations calmes et attentives avant, pendant et après la chute du couteau, cet examen calme scientifique dans le blanc des yeux de ce condamné, de cet homme qui va périr, qui périt ou qui a péri..... brrr!!! quel courage ! quel sang-froid ! . . . . .

Lecteurs, lisez le livre de M. Loye, mais lisez-le *le matin*. Pour Dieu ! ne le prenez pas comme livre de chevet. L'insomnie brûlerait vos paupières, à moins que les rêves les plus funèbres ne peuplent votre sommeil de fantômes décapités ou de têtes sanglantes roulant leurs yeux agrandis d'effroi, crispant leurs lèvres grimaçantes. *Experto credite* ! Croyez-moi, lecteurs, croyez-moi sur parole.

Dr F. VERCHÈRE.

NÉCROLOGIE

M. le Dr PONNET, de Neuville-sur-Saône (Rhône), reçu en 1848.

NOUVELLES

Comité consultatif d'hygiène publique. — Dans sa dernière séance, le Comité consultatif d'hygiène publique de France a approuvé un rapport de M. Brouardel sur la déclaration obligatoire par le médecin traitant des maladies épidémiques, ainsi que sur la déclaration des causes de décès et les moyens de rendre cette déclaration compatible avec le secret professionnel.

Le Comité a été d'avis, conformément aux conclusions du rapport, qu'il y a lieu de préparer un projet de loi qui rendrait obligatoire pour le médecin la déclaration d'un certain nombre de maladies, indiquées sur une liste nominative qui pourrait être modifiée par décret, suivant que les découvertes scientifiques rendraient des adjonctions utiles à la santé publique. Dès maintenant, cette liste pourrait comprendre les maladies suivantes : choléra, choléra infantile, coqueluche, diphtérie, dysenterie, fièvre jaune, fièvre typhoïde, maladies infectieuses puerpérales, maladies septicémiques, peste, rougeole, scarlatine, suette, typhus exanthématique, variole.

En ce qui concerne la déclaration des causes de décès, le comité a, en outre, émis le vœu qu'une statistique de ces causes, basée sur les déclarations des médecins traitants, fût organisée dans toute la France avec le concours des conseils d'hygiène, d'après le système adopté pour les villes et notamment pour la ville de Paris, par l'Académie de médecine, et, pour les autres communes, par l'assemblée générale des médecins de France.

Le doctorat dans les universités allemandes. — Pendant l'année 1886-87, les vingt facultés de médecine de l'empire d'Allemagne ont conféré le diplôme doctoral à 847 candidats. L'année précédente le nombre s'élevait à 689. Les plus favorisées de ces Facultés sont celles de Berlin avec 132 docteurs et Würzbourg avec 188, puis viennent après, Munich avec 124, Bonn avec 62, Erlangen 33, Breslau 25, Fribourg 13, Gottingue 19, Giessen 8, Halle 26, Greifswald 60, Heidelberg 13, Kiel 27, Iéna 29, Kœnigsberg 26, Strasbourg 17, Tubingue 21, Rostock 4, Marburg 18. Une seule, Leipsig n'en compte pas. Il est vrai que ces chiffres ne sauraient donner une idée de la population scolaire de chacune de ces Universités ; chaque étudiant étant libre de choisir la Faculté devant laquelle il subira ses examens.

Statistique des universités suisses. — L'Académie de Lausanne vient d'être transformée en Université. A cette occasion les journaux suisses publient la statistique des quatre Universités actuelles, Zurich, Genève, Berne, Bâle, pendant ce semestre d'été. Elles comptent 2,050 étudiants, dont 197 dames, les Facultés de médecine comptent 801 élèves; les autres étudient le droit, la philosophie et la théologie. Des étudiants du sexe féminin, 103 étudient la médecine. Des 2,050 étudiants, 1,237 sont Suisses, les autres sont des étrangers, surtout des Allemands (170) et des Russes (160). Les étudiants français sont au nombre de 24.

77?...

ème Année — Tome II. N° 116. Jeudi 4 Octobre 1888.

LA
ANCE MÉDICALE

...ux ...chez ...et Bailé ...Médecine

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France.......... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

...IGNET — ...nique chirurgicale, ...démie de médecine.
MICHEL PETER — Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.
DAMASCHINO — Professeur de pathologie médicale, Médecin des hôpitaux.
...ERGER — ...égé à la Faculté, ...des hôpitaux.
E. BOTTENTUIT — Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.
F. LABADIE-LAGRAVE — Médecin des hôpitaux.

...AIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

...concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 12, rue de Castellane.
...amis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

e Année. — Tome II. N° 116. Jeudi 4 Octobre 1888.

LA

ANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

...concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 12, rue de Castellane.
...rie en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome II, N° 116 Jeudi 4 Octobre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 3 octobre 1888.

L'Académie de médecine a entendu une importante communication de M. Laborde sur les alcools dits supérieurs et d'industrie, sur les bouquets artificiels et sur leurs propriétés toxiques.

M. Dujardin-Beaumetz a contesté la valeur du procédé expérimental employé par M. Laborde : les injections intra-veineuses ; il leur préfère l'ingestion par l'estomac qui lui paraît seule à l'abri de toute critique, il conteste de même l'importance attribuée aux accidents épileptiformes chez les absinthiques ; il n'en reste pas moins les curieuses recherches de M. Laborde sur la composition des bouquets artificiels, sur l'action convulsivante du furfurol, de l'aldéhyde salicylique et d'autres poisons véritables qu'un bon nombre d'individus ingurgitent avec une déplorable régularité.

M. le professeur Bouchard a lu au nom de M. A. Mossé, l'un des agrégés les plus distingués de la Faculté de médecine de Montpellier, une note sur la glycosurie dans le paludisme. Le chapitre de l'urologie de la fièvre palustre est entièrement à refaire. La glycosurie qui se montre à la suite des accès de fièvre intermittente est un accident rare et ordinairement transitoire, et l'intoxication paludique ne joue qu'un rôle très secondaire dans sa production. Ce qu'on observe plus souvent dans ces cas c'est une polyurie parfois très abondante, survenant plusieurs jours après les accès.

M. Verrier a communiqué à l'appui de sa candidature dans la section d'accouchements l'observation d'une femme qui, à sa dixième grossesse, eut un enchâtonnement du placenta avec adhérences anormales, une délivrance incomplète et de la septicémie puerpérale. Cette femme guérit par les injections vaginales et intra-utérines antiseptiques. M. Verrier considère ces injections comme très suffisantes dans ces cas et il repousse le curetage qui ne serait pas sans danger.

A. Ch.

THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des corps fibreux de l'utérus (1),

Par le Dr F. Verchère
Ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté.

Les polypes de gros volume, polypes énormes de Pozzi peuvent varier du volume d'une orange à celui d'une tête de fœtus. On pouvait s'étonner de ce que cette définition embrasse des tumeurs de volume aussi dissemblables, et ranger dans la même classe de *tumeurs énormes* au point de vue thérapeutique des corps pouvant varier du double au simple. Aussi cette définition doit-elle être complétée et M. Pozzi propose d'appeler *énormes polypes ceux qui, remplissant la cavité du vagin, ne laissent pas le doigt arriver au pédicule et ne peuvent ordinairement franchir la vulve qu'au prix de certaines manœuvres*. J'ajouterai que l'on peut faire entrer en ligne de compte l'obstacle apporté par la présence même du polype à l'écoulement hors du vagin des produits de sécrétions utérines. Il est facile de comprendre en effet que la masse polypeuse s'appuyant sur l'anneau vulvaire distendu et aminci, arrête tout écoulement au dehors et détermine une rétention absolue des liquides provenant de l'utérus (catarrhe utérin, sang).

De là une source d'infection à laquelle la malade peut difficilement se soustraire même par les soins de toilette les plus minutieux. Les injections ne peuvent pénétrer dans cette partie reculée du vagin et peu à peu les liquides externes se transforment en un ichor fétide qui épuise la malade et détermine une sorte de septicémie lente par résorption, amenant peu à peu les malades à la cachexie. Cette infection locale est possible et pour ainsi dire constante dans les différents cas qui ont été observés, c'est une indication opératoire formelle étant donnée l'aggravation considérable apportée par cette complication au pronostic des polypes fibreux en général.

La thérapeutique devra donc s'occuper dès l'abord de cet état septique du lieu opératoire. On ne devra pas opérer d'emblée dans cette cavité infectée. Ce serait s'exposer aux complications les plus graves par auto-intoxication en blessant un foyer pathologique. Ces principes sur lesquels a insisté M. Verneuil trouveront ici plus que partout ailleurs leur application. L'antisepsie vaginale devra être faite très rigoureusement avant de songer à l'ablation du polype. Nous ne rappellerons pas tous les moyens que nous avons indiqués dans un précédent article, mais nous dirons que dans le

(1) V. *France méd.* du 26 mai 1888, n° 61, t. I, p. 733.

Une cuillerée à soupe trois fois par jour dans du lait.

Il attache en outre une grande importance à la pureté du produit. Le traitement créosoté est indiqué d'après lui dès qu'on a trouvé des bacilles dans les crachats, car le succès est d'autant plus prompt que la phthisie est moins avancée.

L'hémoptysie ne serait pas une contre indication, s'il faut en croire les expériences de Ummettrun qui a trouvé une augmentation de coagulabilité du sang après l'ingestion de la créosote. Enfin on ne peut plus espérer d'amélioration durable lorsque l'infection bacillaire est assez avancée pour que le terrain sur lequel vivent les bacilles ne puisse plus se modifier.

Groh (de Vienne) a imaginé d'administrer la créosote mélangée à de la poudre de cacao en cachets ; sous cette forme elle est bien supportée, et les malades en prennent facilement 25 gouttes par jour. Dans un cas, une tuméfaction ganglionnaire du cou disparut à peu près sous l'influence du traitement.

Depuis quelques mois, Rosenbusch a essayé de faire des injections de créosote dans les poumons tuberculeux. Il s'est servi d'une solution à 3 p. 100 dans l'huile d'amandes douces qu'il injecte tous les deux ou trois jours. Les résultats seraient la diminution ou la suppression de la toux et de l'expectoration et la cessation de la fièvre. L'auteur de cette méthode choisit pour faire ces injections le deuxième espace intercostal ou la fosse sus-épineuse.

L'aniline a été expérimentée dans le traitement de la tuberculose par Pietro Bertalero (*Deutsche Med. Zeit.* 60.88) qui a cherché à déterminer son action délétère sur les bacilles, à établir si son emploi prolongé n'offre pas certains inconvénients, enfin quelle dose un malade peut absorber sans danger. Voici comment Bertalero a répondu à toutes les questions :

Tous les malades ont été soumis à la même préparation qui provenait du charbon fossile et non de la nitrobenzine. Ceux qui présentaient des symptômes incontestables de tuberculose héréditaire ont seuls été traités. Enfin on tint non seulement compte de l'examen physique mais encore de l'examen des crachats pendant et après le traitement qui fut employé à l'exclusion de tout autre.

Sur 8 malades qui furent ainsi traités, 4 étaient à la première période, 3 au commencement de la dernière et 1 dans la dernière période de la tuberculose. L'auteur conclut de ce petit nombre d'expériences, que l'aniline pure possède à un très haut degré une action curative considérable contre la tuberculose des poumons et des organes digestifs, à tel point qu'à la première période ce serait un remède efficace. Employée à la dose de 50 à 60 centigrammes à l'intérieur et de 1 gramme en inhalations, l'aniline serait complètement

sible de la tumeur et agir de façon à réduire son volume et à dilater l'ouverture vaginale après la section du pédicule.

La section du pédicule (parfois très mince) peut être faite par torsion, mais ce moyen ne doit pas être employé ; dans la plupart des cas, c'est un moyen aveugle, agissant sur un pédicule dont on n'a pu constater la résistance et dangereux, parce qu'il peut déterminer une traction fâcheuse sur les parois amincies de l'utérus au niveau du point de son implantation. Restent donc les deux seuls moyens que nous avons déjà indiqués pour les polypes des petits et moyens volumes, l'écraseur et l'instrument tranchant. Mais leur emploi est ici plus difficile et demande à être modifié suivant les circonstances.

La chaîne de l'écraseur pourra être placée avec le porte-chaîne ou porte-ligature d'Emmet que nous avons décrit ; mais souvent ce moyen sera infidèle et la chaîne ne pourra être placée.

Voici alors un procédé que recommande Pozzi : « Il consiste à attacher de place en place la chaîne de l'écraseur à un de ces petits cercles élastiques que l'on trouve chez tous les papetiers. »

Ce cercle doit être d'un diamètre plus petit que celui de la tumeur, de manière à ce que son élasticité soit mise en jeu pour l'embrasser. Une chaîne d'écraseur ainsi préparée forme une série de festons autour de la bande élastique au repos, mais ces festons disparaissent quand celle-ci est distendue. On comprend sans qu'il soit nécessaire d'y insister qu'il sera facile de faire glisser de proche en proche la chaîne reliée à ce support qui prend un point d'appui constant sur la tumeur, épouse et sûrement tour à tour ses sinuosités, sans risquer, comme quand la chaîne est laissée libre, de reculer en un point tandis qu'on la fait avancer dans un autre. » Malgré ces moyens ingénieux il arrive qu'on ne peut encore passer et atteindre le pédicule de la tumeur. Il faudra dès lors et sans plus attendre avoir recours à ce moyen sur lequel Chassaignac a si justement insisté, au morcellement.

Ce morcellement de la tumeur peut être fait avec l'écraseur. Malheureusement ce procédé est long, difficile, et souvent impossible. Le volume de la tumeur est tel qu'il résiste à la chaîne, celle-ci ne peut le sectionner et il est arrivé qu'après avoir brisé une ou deux chaînes, l'opérateur a été contraint d'en arriver à un procédé moins bénin mais plus efficace, et plus incontestablement rapide. Je veux parler de l'instrument tranchant.

Celui-ci sera le bistouri pour certains auteurs, ou un instrument spécial pour d'autres.

Le bistouri sera porté directement sur la tumeur et on taillera de véritables tranches qui enlevées successivement la réduisent peu à peu et permettront d'arriver au pédicule que l'on retranchera d'un

seul coup au bistouri et avec une chaîne d'écraseur. Emmet, Depaul, Mathews, Duncan, regardent cette méthode comme la plus rationnelle et y ont eu recours avec succès.

Le seul danger qu'elle présente est l'hémorrhagie. Quoique Simon ait fait remarquer que la coque du polype est la partie la plus résistante, qu'il est possible, après l'avoir incisée, d'énucléer en quelque sorte les parties profondes de la tumeur et d'obtenir son allongement; quoique le tissu fibreux des polypes soit peu musculaire, il n'en est pas moins vrai que l'hémorrhagie a pu dans nombre de cas effrayer à juste titre les chirurgiens et mettre en grand danger la vie des opérées.

Aussi s'est-on préoccupé de cette grave complication et a-t-on cherché à y remédier. M. Pozzi a proposé après avoir rapidement pratiqué l'évidement de la tumeur par une excavation conoïde faite au bistouri au centre même de la tumeur, d'arrêter l'écoulement sanguin par la contriction du pédicule que l'évidement aurait rendu accessible. Je n'ai vu nulle part signalé comme moyen de prévenir l'hémorrhagie, le morcellement au thermo-cautère, mais il est certain que certains auteurs ont dû l'employer et je crois que ce procédé doit être beaucoup moins dangereux que l'évidement au bistouri.

Ce même danger, l'hémorrhagie, a suscité divers instruments, et les indications qu'ils devaient remplir étaient les suivantes : Diminuer le volume de la tumeur tout en maintenant une compression hémostatique. Ces deux indications ont été remplies par l'instrument de M. Segond et c'est à lui très certainement que l'on devra avoir recours pour cette ablation des polypes énormes de l'utérus. C'est une espèce de céphalotribe qu'a construit M. Colin. Les deux cuillers sont poussées entre les parois vaginales et la tumeur; minces et résistantes elles peuvent facilement être glissées, puis mises en place elles embrassent la tumeur et, au moyen d'une vis de rappel, elles la compriment dans son ensemble. Au centre, entre les deux cuillers, s'enfonce une sorte de tarière, qui vient tarauder le centre de la tumeur, enlevant, égrugeant pour ainsi dire le noyau de la tumeur, qui peu à peu diminue en même temps que les cuillers la compriment et empêchent toute hémorrhagie. Cet instrument, que je ne saurais mieux comparer qu'à certains couteaux employés dans l'art culinaire pour enlever le centre d'une pomme sans toucher au fruit lui-même, doit être désormais considéré comme l'instrument de choix pour l'évidement hémostatique des polypes énormes.

Une difficulté sur laquelle je dois maintenant insister a trait à la difficulté que l'on éprouve dans les cas où on a pu avec l'écraseur sectionner le pédicule d'un polype énorme, je veux parler de l'impos-

sibilité où l'on est de faire franchir au polype libre dans le vagin l'orifice vulvaire. Dans beaucoup de cas de simples pinces suffiront, si cela est nécessaire on pourra avoir recours à un petit forceps duquel on devra toujours être muni, *mais pour ne s'en servir qu'après que l'on sera assuré de la section parfaite du pédicule.*

Enfin, d'autres auteurs ont recommandé de faire des débridements vulvaires. Dupuytren incisait en arrière, Verneuil de la fourchette au sphincter anal; on a pratiqué les incisions latérales de Dubois (Heywood, Smith et Barnes). Mais je crois que le morcellement avec le bistouri pourrait alors être fait beaucoup plus simplement et beaucoup plus facilement sans danger, puisque la tumeur est séparée de l'utérus et qu'il n'y a plus de crainte d'hémorrhagie. Peut-être pourait-on se servir, même dans ce dernier temps, de l'instrument de Segond, qui réduirait par pression la tumeur, la diminuerait par évidement et servirait en même temps de tracteur pour lui faire franchir le détroit vulvaire.

Je terminerai ce qui a trait à l'ablation des polypes intra-vaginaux, quelque soit le volume, petits ou énormes, par cette recommandation formelle et indispensable, qu'il ne faut entreprendre cette opération que si l'on est assuré d'être capable de faire une antisepsie post-opératoire et qu'on ne doit quitter la malade qu'alors que le pansement antiseptique a été scrupuleusement fait. J'ajoute que si le point d'implantation du polype donnait un léger écoulement de sang, si une cautérisation superficielle n'avait pu l'arrêter complètement, il n'y aurait aucun inconvénient à faire un tamponnement du vagin et même de l'utérus, sous condition formelle que ce tamponnement soit fait avec de la gaze ou des tampons d'ouate iodoformée irréprochable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 octobre 1888. — *Présidence de* M. Hérard.

La correspondance comprend : 1° une lettre du ministre du commerce et de l'industrie qui transmet le rapport de M. le Dr Lafosse, médecin inspecteur des eaux minérales de Vals, sur la saison thermale de 1886; 2° une lettre de M. le Dr Budin, candidat dans la section d'accouchements; 3° une lettre de M. le Dr Sérac, de Vichy, candidat au titre de correspondant national (première division); 4° M. le Dr Landarrabilco de Barbaste (Lot-et-Garonne) envoie un travail manuscrit intitulé : Des propriétés thérapeutiques du café vert dans les affections calculeuses du foie ; 5° l'Académie reçoit un rapport manuscrit sur une épidémie de fièvre typhoïde observée au camp de Pontgouin.

prendre les précautions les plus minutieuses ; les substances et les instruments dont on se sert doivent être irréprochablement aseptiques ; la pommade est conservée dans un lieu frais, et en été dans la glace ; l'addition de l'huile d'olives ne se fait qu'à mesure des besoins ; au bout d'un mois de préparation, la pommade 'doit être renouvelée. Ces précautions sont indispensables, et si elles ne sont pas régulièrement observées, on s'expose à voir se produire des abcès.

L'huile grise est une substance demi-fluide, ayant la couleur de l'onguent gris ; sa fluidité est suffisante pour lui permettre de traverser les canules des seringues à injections ; d'ailleurs, au moment de l'injection, on la chauffe légèrement pour la rendre plus liquide.

On doit pratiquer une injection de 3 dixièmes de centimètre cube d'huile grise chaque semaine, pendant six ou huit semaines. A chaque séance, l'injection se fait par deux piqûres distantes de 4 à 6 centimètres. La canule et la seringue doivent être nettoyées chaque fois avec le plus grand soin. Quand toutes les précautions indiquées par MM. Lang et Trost sont observées, il ne doit pas se produire d'abcès.

BIBLIOGRAPHIE

L'URTICAIRE PIGMENTÉE, par le Dr *Paul Raymond* (Thèse de Paris, 1888, O. Doin, éditeur.

Maladie rare et encore peu connue, l'urticaire pigmentée est une affection de la première enfance, survenant en général dans les trois premiers mois, quelquefois même dès le 1er, le 2e ou le 3e jour après la naissance.

Cliniquement l'urticaire pigmentée se présente sous la forme d'élevures ortiées auxquelles succèdent des plaques, les unes saillantes, les autres aplaties, dont la couleur, les dimensions, le nombre et la configuration sont extrêmement variables suivant les points du corps que l'on examine et suivant l'ancienneté, la température, les excitations, etc. D'ailleurs des poussées congestives s'accompagnant de la production de vésicules ou de bulles se présentent dans la majorité des cas pendant toute la période d'état de la maladie. L'éruption s'accompagne de démangeaisons, souvent intenses.

L'urticaire pigmentée a une durée variable, mais qui peut être évaluée à dix ans environ ; on peut lui reconnaître trois périodes :

Une première période d'augment, de développement de la maladie qui, dans un an environ (parfois quelques mois) et pendant laquelle de nouvelles plaques surviennent par poussées.

Une deuxième période d'état, qui dure de deux à quatre et cinq

condaire puisque chez les paludéens cachectiques et dans les fièvres intermittentes pernicieuses, la glycosurie ne paraît pas plus fréquente que dans l'impaludisme moins grave ou moins invétéré ;

5° Après les accès de fièvre intermittente, il est fréquent mais non constant de voir survenir une polyurie aiguë à caractères spéciaux. La quantité d'urine émise varie de 2 litres et demi à 3 litres et demi ou 4 litres dans les vingt-quatre heures. Elle a pu atteindre 5 et même 8 litres.

6° Cette polyurie aiguë commence d'habitude plusieurs jours après les accès et ne s'accompagne pas ordinairement d'une azoturie proportionnelle.

Elle ne doit pas cependant être regardée comme une hydrurie simple. Dans les cas où les chlorures ont été analysés, ces sels se trouvaient excrétés en grande abondance.

7° Dans son allure et par ses caractères principaux, cette polyurie se rapproche plutôt des polyuries observées dans la convalescence des maladies aiguës qu'elle ne constitue à proprement parler un syndrome critique.

8° Pour mieux pénétrer sa nature, il serait utile de savoir si cette polyurie s'accompagne d'une augmentation de la toxicité urinaire.

9° Au point de vue séméiologique il faut recommander de faire pendant plusieurs jours consécutifs l'examen de l'urine, après la disparition des accès fébriles.

10° Le fait observé par M. S. Ringer que le sulfate de quinine diminuerait les éléments de la fièvre (d'une part l'augmentation de température qu'il fait disparaître, d'autre part l'augmentation de matières excrémentitielles qu'il laisserait subsister et qui paraîtraient dans l'urine au moment précis où l'accès aurait éclaté, si on n'avait pas institué la médication quinique), mérite d'être confirmé par de nouvelles analyses.

L'ALCOOL ET SA TOXICITÉ. LES ALCOOLS DITS SUPÉRIEURS ET D'INDUSTRIE ET LES BOUQUETS ARTIFICIELS. — M. *Laborde* résume quelques expériences qui montrent les dangers auxquels exposent quelques-uns des produits qui sont actuellement livrés à la consommation.

Le vin est fabriqué de toutes pièces avec de l'alcool, des matières colorantes et une huile essentielle à laquelle on donne le nom de bouquet. Le bouquet est un produit très complexe. Il y en a deux variétés, l'huile de vin française et l'huile de vin allemande, cette dernière étant généralement employée de préférence par l'industrie.

Ces produits proviennent de l'oxydation par l'acide nitrique d'huile de coco, de beurre de vache, d'huile de ricin, et quelquefois d'autres matières grasses : ils ont un parfum tellement pénétrant que pour

Il existe heureusement une échappatoire, c'est l'article 378 du Code pénal nous forçant à garder le secret médical. Il y a quelques années, M. le Dr Berrut, se retranchant derrière cette obligation, porta à la mairie du VIIe arrondissement une enfant du sexe féminin, à laquelle il donnait les noms de Louise-Armande, en refusant de divulguer le nom et le domicile de sa mère. L'officier de l'état civil ayant refusé à son tour d'inscrire l'enfant, l'affaire fut portée devant le tribunal de la Seine et celui-ci, considérant que l'article 346 du Code pénal, relatif aux déclarations de naissance, ne vise que les articles 55 et 56 du Code civil, mais, garde le silence sur l'article 57, qui obligerait le médecin à déclarer le nom de la mère et le lieu de naissance, décida qu'il fallait que le médecin affirmât que l'enfant était né dans la circonscription de la mairie, mais qu'on ne pouvait pas lui en demander davantage. Depuis cette jurisprudence s'est établie.

J'ai à intervenir, en moyenne, dix fois par an, auprès du procureur de la République, pour des médecins qui n'ont pas accompli les formalités légales au sujet des déclarations de naissances. Ces déclarations doivent être faites dans les trois jours qui suivent l'accouchement. Vous pouvez vous trouver en présence de diverses circonstances. D'abord, dans une famille que vous connaissez, vous vous contentez de rappeler au père qu'il doit passer à la mairie et vous n'avez pas à vous préoccuper davantage.

Mais il peut arriver que vous croyiez le père et la mère mariés, sans qu'ils le soient. Dans ces conditions, le père ne déclare pas son enfant, et comme la recherche de la paternité est interdite, vous ne pouvez pas vous couvrir en le dénonçant. Dans le cas où vous aurez un doute, passez donc à la mairie deux ou trois jours après la naissance de l'enfant et assurez-vous que les formalités ont été remplies.

Un médecin a été condamné à 100 francs d'amende pour n'avoir pas déclaré un enfant et parce que le père n'avait pas assisté à l'accouchement. Le médecin, qui l'avait rencontré en sortant de l'opération, lui avait pourtant rappelé qu'il avait à passer à la mairie.

Il y a plusieurs années, au *Prado*, dans un bal public, une femme fut prise subitement des douleurs expulsives, et un médecin de l'île Saint-Louis, qui se trouvait là, fit l'accouchement. N'ayant pas pensé ensuite à faire la déclaration de cette naissance, il fut poursuivi et condamné.

A Agen, un docteur R..., appelé vers dix heures du matin pour voir une fille qui avait des attaques de nerfs, s'aperçoit que ces attaques doivent se terminer par un accouchement et donne l'adresse d'une sage-femme. Il repasse le soir et on lui présente le cadavre d'un enfant, sans qu'il puisse savoir s'il a vécu ou non ; il dit qu'on le

Parmi ces bouquets il en est d'inoffensifs, mais la plupart sont des poisons.

Le type de ces poisons est la liqueur d'absinthe, bien connue depuis les travaux de Magnan, et donnant l'idée typique des convulsivants et épileptisants.

Mais dans le vermouth et le bitter il existe aussi un bouquet artificiel des plus dangereux, c'est *l'aldéhyde salicylique* que les fabricants substituent à l'essence de reine des prés, laquelle entre dans la composition de ces liqueurs.

Retiré de l'essence de reine des prés, l'aldéhyde salicylique a pour formule $C^7H^6O^2$; c'est un aldéhyde phénol. On le prépare en faisant agir une partie de bichromate de potasse et huit parties d'eau sur un mélange d'acide sulfurique et d'eau.

L'aldéhyde salicylique ainsi obtenu est un liquide neutre, incolore prenant une teinte rougeâtre au contact de l'air. Il a une odeur aromatique spéciale.

Il nous reste dans cette catégorie, à examiner encore un produit ; c'est *l'essence de noyau.*

(La fin de la communication de M. Laborde est remise à la prochaine séance).

M. *Dujardin-Beaumetz* veut parler du mode opératoire de M. Laborde. Chez le chien, l'administration de l'alcool par l'estomac est difficile. Avec M. Ridji nous avions pris d'abord comme base de nos expériences la peau, nous avions injecté l'alcool sous la peau. On nous a fait diverses objections et nous avons employé l'estomac en grisant les cochons comme on grise les hommes.

Quant au procédé de M. Laborde, l'injection intra-veineuse, c'est le plus mauvais que l'on puisse employer. Il y a là des chances d'erreurs multiples. En injectant directement l'alcool dans le sang, il est possible qu'on produise des embolies qui changeraient complètement les conditions, surtout quand on veut étudier l'action convulsivante de l'alcool. L'absinthe injectée dans les veines, comme le furfurol, produit très nettement des attaques épileptiques chez le chien. Quand l'absinthe ou le furfurol sont injectés par l'estomac, ces attaques épileptiques ne se produisent plus. D'ailleurs l'épilepsie n'est pas plus commune chez les absinthiques que chez les autres alcooliques.

M. *Laborde.* La critique de M. Dujardin-Beaumetz me permet de faire ici une déclaration de principe : l'injection intra-veineuse, à condition qu'elle n'ait pas d'action destructive sur le sang, est le procédé le plus pur, le procédé typique. On peut être sûr de cette façon de déterminer l'action médicamenteuse sans avoir la moindre obscu-

Il existe heureusement une échappatoire, c'est l'article 378 du Code pénal nous forçant à garder le secret médical. Il y a quelques années, M. le Dr Berrut, se retranchant derrière cette obligation, porta à la mairie du VIIe arrondissement une enfant du sexe féminin, à laquelle il donnait les noms de Louise-Armande, en refusant de divulguer le nom et le domicile de sa mère. L'officier de l'état civil ayant refusé à son tour d'inscrire l'enfant, l'affaire fut portée devant le tribunal de la Seine et celui-ci, considérant que l'article 346 du Code pénal, relatif aux déclarations de naissance, ne vise que les articles 55 et 56 du Code civil, mais, garde le silence sur l'article 57, qui obligerait le médecin à déclarer le nom de la mère et le lieu de naissance, décida qu'il fallait que le médecin affirmât que l'enfant était né dans la circonscription de la mairie, mais qu'on ne pouvait pas lui en demander davantage. Depuis cette jurisprudence s'est établie.

J'ai à intervenir, en moyenne, dix fois par an, auprès du procureur de la République, pour des médecins qui n'ont pas accompli les formalités légales au sujet des déclarations de naissances. Ces déclarations doivent être faites dans les trois jours qui suivent l'accouchement. Vous pouvez vous trouver en présence de diverses circonstances. D'abord, dans une famille que vous connaissez, vous vous contentez de rappeler au père qu'il doit passer à la mairie et vous n'avez pas à vous préoccuper davantage.

Mais il peut arriver que vous croyiez le père et la mère mariés, sans qu'ils le soient. Dans ces conditions, le père ne déclare pas son enfant, et comme la recherche de la paternité est interdite, vous ne pouvez pas vous couvrir en le dénonçant. Dans le cas où vous aurez un doute, passez donc à la mairie deux ou trois jours après la naissance de l'enfant et assurez-vous que les formalités ont été remplies.

Un médecin a été condamné à 100 francs d'amende pour n'avoir pas déclaré un enfant et parce que le père n'avait pas assisté à l'accouchement. Le médecin, qui l'avait rencontré en sortant de l'opération, lui avait pourtant rappelé qu'il avait à passer à la mairie.

Il y a plusieurs années, au *Prado*, dans un bal public, une femme fut prise subitement des douleurs expulsives, et un médecin de l'île Saint-Louis, qui se trouvait là, fit l'accouchement. N'ayant pas pensé ensuite à faire la déclaration de cette naissance, il fut poursuivi et condamné.

A Agen, un docteur R..., appelé vers dix heures du matin pour voir une fille qui avait des attaques de nerfs, s'aperçoit que ces attaques doivent se terminer par un accouchement et donne l'adresse d'une sage-femme. Il repasse le soir et on lui présente le cadavre d'un enfant, sans qu'il puisse savoir s'il a vécu ou non ; il dit qu'on le

fasse déclarer. Cette déclaration n'ayant pas été faite, il a été condamné à 200 francs d'amende.

Mais je crois que, si un cas semblable se présentait de nouveau, la solution ne serait plus la même. En effet, on ne pouvait pas dire qu'il n'y ait pas eu substitution d'enfant et que cette fille ait réellement accouché du cadavre qu'elle présentait.

La théorie admise contre le docteur R... est très grave. Une femme simule une grossesse pour se faire épouser. Quelques jours avant la date qu'elle avait fixée pour son accouchement, elle va voir un jeune médecin de son quartier. Celui-ci, un peu timoré, n'ose pas porter une main téméraire, et déclare que tout paraît aller bien. Au bout de peu de jours, elle envoie chercher le docteur, trois ou quatre heures après le prétendu accouchement, et, cette fois encore il ne fait aucune constatation sur la mère et va déclarer la naissance à la mairie. Bientôt après on apprend que l'enfant avait été pris à une autre femme. Ce n'est que parce qu'il a pu justifier de la façon dont on avait escroqué sa signature que ce jeune docteur n'a pas été poursuivi.

Actuellement, il y a de ce côté un véritable danger pour le médecin quand il n'a été témoin de rien.

On peut se trouver, dans certains cas, particulièrement embarrassé. A Angers, un docteur C..., ayant accouché une fille, avait déclaré la naissance en disant qu'il ne pouvait révéler ni l'adresse, ni le nom de la mère. Il était médecin des Enfants-Assistés : le lendemain, on lui présente un enfant portant des traces de strangulation, en lui demandant le nom de la femme qu'il avait accouchée la veille. Il s'est retranché derrière le secret professionnel et il a refusé de répondre. En définitive, après une première condamnation devant le tribunal, la cour d'Angers lui a donné raison.

Aussi, malgré la possibilité que vous avez de garder le silence, il faut vous exécuter toutes les fois que vous le pourrez, à cause des embarras que peut vous amener cette manière de faire.

Pour les enfants morts-nés, la jurisprudence est extrêmement compliquée. Un décret du 4 juillet 1806 dit à ce sujet :

« Lorsque le cadavre d'un enfant dont la naissance n'a pas été enregistrée sera présenté à l'officier de l'état civil, cet officier n'exprimera pas qu'un tel enfant est décédé, mais seulement qu'il lui a été présenté sans vie, afin de ne pas préjuger la question de savoir s'il y a eu vie ou non. »

Mais il faut considérer trois périodes dans la vie utérine au point de vue de la jurisprudence. Le produit de la conception est un *embryon* jusqu'au quatrième mois ; c'est un *fœtus* pendant le cinquième et le sixième mois ; c'est ensuite un *mort-né* ou un *nouveau-né viable*.

Lorsqu'il s'agit d'un enfant mort-né, il faut absolument vous conformer au décret du 4 juillet 1806 et faire la déclaration, sans quoi l'article 358 du Code pénal vous serait appliqué. Les filles qui ne déclarent pas, sont condamnées en général à trois mois de prison, lorsque l'enfant n'a pas respiré, pour infraction aux lois sur l'inhumation.

Un propriétaire avait une bonne qui, ayant accouché d'un enfant mort-né, l'avait enfoui dans le jardin. Le tribunal de Montélimar condamna la fille à trois mois de prison, le maître à deux mois, et l'officier de santé qui avait fait l'accouchement à deux mois de prison et à 300 francs d'amende.

Passons maintenant aux fœtus. Ici, il est beaucoup plus difficile de connaître la jurisprudence exacte. Vous savez que les fœtus peuvent avoir des mouvements et que leur cœur bat quelquefois pendant plusieurs heures. Bien plus, il est arrivé à un médecin portant à la mairie, dans un petit panier, un petit produit de ce genre, de l'entendre crier tout d'un coup devant l'officier de l'état civil.

Aussi, un arrêt de la cour de Paris du 15 juillet 1865, déclarait qu'il fallait présenter « tous les enfants morts, à quelque époque de la gestation qu'ils soient parvenus, pourvu qu'ils aient les formes d'un être humain. »

Au contraire, la Cour de cassation, dans un arrêt du 7 août 1874, alléguait en des termes un peu singuliers « qu'une telle représentation, sans utilité pour l'intérêt social, pourrait, dans certains cas, *blesser la pudeur publique.* »

Ce mot avait été provoqué par une circulaire où on se plaignait du grand nombre de fœtus qui flânent dans les égouts et dans les boîtes à ordures. Après plusieurs hésitations, le préfet de la Seine prit, en 1882, un arrêté d'après lequel tous les fœtus ou embryons devaient être déclarés, pourvu qu'ils aient six semaines. Il fut décidé en même temps que des voitures spéciales des pompes funèbres iraient dans la journée les prendre à domicile et qu'ils seraient enterrés au cimetière sans cérémonie.

Cette circulaire de M. Floquet a provoqué, au sein de quelques sociétés médicales, un profond étonnement. Le préfet donnait extension au code ! Cette interprétation est fausse, puisque les tribunaux ne jugent pas d'après le préfet. Ceux qui ne se conforment pas à son règlement sont condamnés en simple police à 1 franc d'amende.

Ce qui manque encore dans cette organisation, ce sont de petites boîtes qui recevraient dans chaque mairie les fœtus qu'on y va présenter.

Je dois ajouter que la population de Paris n'a pas été du tout émue par les scrupules des médecins. En 1886, sept cents fœtus environ

ont été inhumés et il en résulte qu'à la Morgue nous en recevrons cinq fois moins qu'autrefois.

Remarquez d'ailleurs que la circulaire de M. Floquet ne vaut que pour le département de la Seine.

Je termine par une recommandation.

Certains étudiants aiment à collectionner des fœtus; de toutes les collections, c'est la plus dangereuse. En effet, lorsque vous vous mariez, ne voulant pas apporter un pareil cadeau de noces à votre femme, vous jetez ces pièces dans les fosses d'aisance, et le jour où elles seront trouvées par les employés de la Compagnie Richer, vous ne pourrez peut-être pas établir que vous n'avez pas violé les lois sur l'inhumation.

C'est ce qui est arrivé, il y a deux ans, à un ancien interne, au moment où il était en pourparlers matrimoniaux. Jamais le mariage n'a pu être renoué et il a fallu avoir affaire à un juge d'instruction très parisien pour que l'incident n'ait pas de suites.

NÉCROLOGIE

Nous annoncions récemment la mort du Dr Decaisne père ; aujourd'hui nous avons le regret d'annoncer la mort de son fils, le Dr Gaston Decaisne, ancien interne des hôpitaux de Paris (1874), ancien chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Société clinique de Paris, décédé le 4 octobre à l'âge de 36 ans.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Est promu au grade de commandeur, M. le Dr Gailleton, maire de Lyon, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lyon, chirurgien de l'Antiquaille.

Est nommé chevalier M. Tripier, professeur de clinique chirurgicale à la même Faculté.

Bulletin de la mortalité *du 23 au 29 septembre* 1888. — Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 1. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 3. — Diphtérie, Croup, 13. — Phthisie pulmonaire, 186. — Autres tuberculoses, 22. — Tumeurs cancéreuses et autres, 54.

Méningite, 23. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 32. — Paralysie, 04. — Ramollissement cérébral, 04. — Maladies organiques du cœur, 43.

Bronchite aiguë et chronique, 44. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 57.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 147.

Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 1 . — Sénilité, 26. — Suicides et autres morts violentes, 18. — Autres causes de mort, 138. — Causes inconnues, 14.

Nombre absolu de la semaine : 873. — Résultat de la semaine précédente : 838.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 119. JEUDI 11 OCTOBRE 1888

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.

DAMASCHINO
Professeur de pathologie médicale. Médecin des hôpitaux.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome II. N° 119 Jeudi 11 Octobre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 20 octobre 1888.

M. Chauvel, professeur au Val-de-Grâce, a lu à l'Académie un travail sur les abcès intra-crâniens consécutifs aux suppurations de l'oreille moyenne, sur leurs symptômes, leur siège et leurs moyens de traitement. Quand la myringotomie et le nettoyage antiseptique de l'oreille moyenne, combinés avec la trépanation de l'apophyse mastoïde, ne produisent pas d'amélioration dans les phénomènes cérébraux, on est autorisé à ouvrir le crâne en suivant des règles que M. Chauvel indique d'une façon très précise.

M. Maurice Perrin a fait ensuite un rapport sur un travail récemment lu par le même professeur Chauvel, sur deux cas d'extraction tardive de projectiles perdus dans les os de la face. M. Chauvel est arrivé à cette conclusion dont M. Perrin confirme la véracité : quoiqu'il existe dans la science un certain nombre de faits dans lesquels des projectiles ont séjourné longtemps dans les tissus sans provoquer de désordres notables, ces cas resteront des curiosités de la nature et, comme règle générale, il faut toujours aller aussitôt que possible à la recherche des corps étrangers, quels qu'ils soient, exception faite cependant pour les projectiles qui siègent dans la poitrine ou dans l'abdomen.

M. le professeur Verneuil, revenant sur la communication faite dans la dernière séance par M. le professeur Bouchard au nom de M. Mossé, de Montpellier, demande que cette question des rapports du paludisme et du diabète soit réservée jusqu'à plus ample enquête. Il est possible en effet qu'il s'agisse là d'une question de géographie médicale, les complications du paludisme pouvant varier beaucoup selon les pays.

M. Lagneau a lu un travail très étudié, comme le sont tous les travaux qu'il apporte à l'Académie, sur les conditions d'accroissement et de décroissance des familles légitimes. Il arrive à cette conclusion que l'accroissement, très faible d'ailleurs, de la population de la France, est dû aux naissances illégitimes et surtout à l'excédent de l'immigration sur l'émigration.



GRANULES
de 2 milligrammes
Quassine cristallisée
DRAGÉES
de 25 milligrammes
Quassine amorphe
QUASSINE ADRIAN
La QUASSINE ADRIAN, essentiellement différente de toutes celles du commerce, est la seule dont les effets réguliers aient été constatés. Elle excite l'appétit, développe les forces, combat efficacement les dyspepsies atoniques, les coliques hépatiques et néphrétiques.
: 11, RUE DE LA PERLE, PARIS



VIANDE, QUINA, PHOSPH
VIN DE VIA
Tonique, Analeptique, Reconsti
Composé des substances indispensables à la
et à la nutrition des systèmes musculaire et
Nous laissons au Médecin le soin d'
tout le parti qu'il peut tirer de l'heureuse
ciation de ces trois substances :
VIANDE, QUINA, PHOSPHATE DE CHA
Pharmacie J. VIAL, 14, rue Bourbon
QUINA FE
Chlorose, Ané
Vins Titrés d'Ossian
Membre de l'ACADÉMIE de M
Professeur à l'École de Phar
BAIN & FOURN
48, Rue d'Amsterdam
COMPAGNIE L
EXTRAIT
Depuis 1867,
récompenses aux gr
Internationales.
Hors concours
Précieux
et Mal
Exiger la signature du Bon LIEBIG

35e Année. — Tome II. N° 119 Jeudi 11 Octobre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 20 *octobre* 1888.

M. Chauvel, professeur au Val-de-Grâce, a lu à l'Académie un travail sur les abcès intra-crâniens consécutifs aux suppurations de l'oreille moyenne, sur leurs symptômes, leur siège et leurs moyens de traitement. Quand la myringotomie et le nettoyage antiseptique de l'oreille moyenne, combinés avec la trépanation de l'apophyse mastoïde, ne produisent pas d'amélioration dans les phénomènes cérébraux, on est autorisé à ouvrir le crâne en suivant des règles que M. Chauvel indique d'une façon très précise.

M. Maurice Perrin a fait ensuite un rapport sur un travail récemment lu par le même professeur Chauvel, sur deux cas d'extraction tardive de projectiles perdus dans les os de la face. M. Chauvel est arrivé à cette conclusion dont M. Perrin confirme la véracité : quoiqu'il existe dans la science un certain nombre de faits dans lesquels des projectiles ont séjourné longtemps dans les tissus sans provoquer de désordres notables, ces cas resteront des curiosités de la nature et, comme règle générale, il faut toujours aller aussitôt que possible à la recherche des corps étrangers, quels qu'ils soient, exception faite cependant pour les projectiles qui siègent dans la poitrine ou dans l'abdomen.

M. le professeur Verneuil, revenant sur la communication faite dans la dernière séance par M. le professeur Bouchard au nom de M. Mossé, de Montpellier, demande que cette question des rapports du paludisme et du diabète soit réservée jusqu'à plus ample enquête. Il est possible en effet qu'il s'agisse là d'une question de géographie médicale, les complications du paludisme pouvant varier beaucoup selon les pays.

M. Lagneau a lu un travail très étudié, comme le sont tous les travaux qu'il apporte à l'Académie, sur les conditions d'accroissement et de décroissance des familles légitimes. Il arrive à cette conclusion que l'accroissement, très faible d'ailleurs, de la population de la France, est dû aux naissances illégitimes et surtout à l'excédent de l'immigration sur l'émigration.

M. Terrillon, qui apporte de temps à autre à l'Académie la relation d'une très belle opération pratiquée sur l'abdomen, a exposé l'histoire d'une femme de trente ans chez laquelle il a fait l'ablation d'un rein ectopié et tuberculeux. Cette femme, dont l'état général était déplorable, a augmenté de trente livres depuis son opération faite il y a neuf mois. A. Ch.

DERMATOLOGIE

Zona bilatéral à rechutes (1).

Par le Dr Georges T. Elliott.
Dermatologiste du dispensaire Demilt, à New-York.

Charles S..., Allemand, âgé de 39 ans, portefaix, se présente à ma clinique du dispensaire Demilt le 29 avril 1887. Il me dit qu'il a contracté la syphilis cinq ans auparavant, lorsqu'il était encore en Allemagne, et qu'il a été traité pour cela. Trois semaines avant de venir au dispensaire, il avait eu un accès de fièvre intermittente pour lequel il avait pris de la quinine. Une semaine après il observa une éruption sous forme de boutons sur le côté gauche du cou, s'étendant depuis la ligne médiane en arrière jusqu'au bord du sterno-mastoïdien. L'éruption ne s'accompagnait ni de douleurs, ni de démangeaisons. Des lésions semblables se montrèrent sur le côté droit du cou huit ou neuf jours plus tard.

En examinant l'éruption, on voyait que sur le côté gauche du cou les boutons étaient nettements distincts, mais les croûtes restaient à la surface et on voyait çà et là quelques lésions avortées, tandis que du côté droit les groupes de vésicules étaient très marqués. Le plus large était situé près de la ligne médiane postérieure, comprenant une vingtaine de vésicules d'herpès caractéristiques, discrètes ou confluentes selon les points. La base sur laquelle reposaient ces vésicules était d'un rouge brillant et légèrement saillante. L'éruption était située sur une portion du champ de distribution des branches postérieures des quatre derniers nerfs cervicaux et du plexus cervical.

Sous l'influence des toniques et du traitement local, l'éruption disparut, mais le malade se plaignait, au moment de sa seconde visite, de souffrir de douleurs musculaires très aiguës occupant tout le corps. On lui fit prendre de l'acide salicylique et de l'iodure de potassium la dose de 50 centigrammes, mais il retourna deux jours plus tard

(1) Traduit du *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, septembre 1888.

DES ABCÈS INTRA-CRANIENS CONSÉCUTIFS AUX SUPPURATIONS DE L'OREILLE ET DE LEUR TRAITEMENT. — M. *Chauvel*, professeur au Val-de-Grâce, lit un travail dont voici les conclusions : 1° Les abcès intra-crâniens qui succèdent aux suppurations de l'oreille moyenne ne se décèlent pas d'habitude par un ensemble de symptômes qui leur soit propre, mais en tenant compte des phénomènes morbides, il est possible d'en soupçonner l'existence.

2° Les abcès siègent le plus souvent au voisinage du rocher. Le foyer sera rencontré dans le lobe temporo-sphénoïdal vers sa partie moyenne ou postérieure et près de sa face inférieure; c'est là qu'il faut l'aller chercher.

3° Quand la myringotomie et le nettoyage antiseptique de l'oreille moyenne, combinés avec la trépanation de l'apophyse mastoïde, ne produisent pas d'amélioration dans les phénomènes cérébraux; quand la thrombose du sinus et la méningite semblent pouvoir être éliminées et que l'abcès cérébral est probable, l'ouverture du crâne est autorisée.

4° Suivant que les symptômes indiquent une lésion du cerveau ou du cervelet, le trépan est appliqué directement au-dessus du méat auditif à distance égale des deux verticales qui circonscrivent le pavillon de l'oreille, ou à un doigt plus en arrière, à hauteur ou près du bord supérieur du pavillon.

5° Le crâne ouvert largement, la dure-mère est divisée et un fin trocart enfoncé dans la substance cérébrale indique la présence du pus, le siège du foyer et sert de guide au bistouri.

6° L'abcès largement ouvert est prudemment nettoyé et drainé avec soin. Au besoin, une contre-ouverture déclive assure l'écoulement du pus et favorise la cicatrisation.

DEUX CAS D'EXTRACTION TARDIVE DE PROJECTILES PERDUS DANS LES OS DE LA FACE. — M. *M. Perrin* lit un rapport sur un travail récemment lu à l'Académie par M. Chauvel.

M. Chauvel a rapporté deux cas d'extraction de projectiles. Ces deux observations montrent l'habileté et la sagacité du chirurgien et l'utilité qu'il y a à ne pas abandonner ce précepte d'aller aussitôt que possible à la recherche des projectiles quels qu'ils soient.

Il existe assurément dans la science un certain nombre d'observations montrant que dans certains cas, les projectiles peuvent rester longtemps sans danger dans l'économie; M. M. Perrin lui-même a rapporté des faits du même genre; mais ces faits resteront des curiosités de la nature et ne peuvent servir de règle aux chirurgiens. Il faut cependant faire exception pour les projectiles siégeant dans le thorax et l'abdomen.

PALUDISME ET GLYCOSURIE. — M. *Verneuil* revient sur la lecture

faite par M. le professeur Bouchard, dans la dernière séance, du travail de M. Mossé, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. M. Mossé est arrivé à des conclusions différentes de celles auxquelles avait été amené M. Verneuil lui-même. Avant de conclure, il faudrait savoir s'il ne s'agit pas là surtout d'une question de géographie médicale et si les rapports du diabète avec le paludisme ne diffèrent pas d'après les pays.

Dans les pays chauds où les maladies du foie règnent d'une manière endémique, on a considérablement de chances de voir le paludisme produire le diabète. Il faut donc faire une réserve avant de trancher la question que M. Verneuil a autrefois soumise à l'Académie, il faut attendre que des renseignements soient venus de divers points du globe.

Un fait curieux, par exemple, c'est qu'en Tunisie le paludisme se complique généralement d'oxalurie, fait qui ne se rencontre pas ailleurs et qu'il était impossible de prévoir.

SUR LES CONDITIONS D'ACCROISSEMENT ET DE DÉCROISSEMENT DES FAMILLES LÉGITIMES. — M. *Lagneau* examine dans un village du département de l'Aisne, ce que sont devenues les familles depuis trois cents ans environ. Un très petit nombre de ces familles existent encore aujourd'hui, si l'on en juge par les noms relevés dans des actes qui datent de cette époque et par les dernières listes électorales. Il examine de même ce qui s'est passé dans la famille des Capétiens prise comme exemple.

Le nombre des enfants par famille a baissé et en outre un grand nombre de mariages resteront stériles; la proportion des mariages stériles est de 15 à 20 pour 100; à Paris même, cette proportion s'élève à 31 pour 100.

La proportion des garçons décédés de l'enfance à l'âge moyen, à 28 ans, est de 40 pour 100. Avant l'appel à l'armée, durant 20 ans, d'après Chenu, la proportion des décès est de 33,34 pour 100 pour les enfants légitimes et de 74 pour 100 pour les illégitimes. Parmi les garçons qui restent, tous ne se marient pas, tous n'ont pas d'enfants légitimes. Sur 100 familles ayant 300 enfants, le nombre des garçons qui contractent mariage diminue avec chaque génération.

L'accroissement de la population en France s'explique d'une part par l'adjonction de la natalité illégitime à la natalité légitime, et par l'excédent de l'immigration sur l'émigration, excédent considérable en France.

NÉPHRECTOMIE POUR UN REIN ECTOPIÉ ET TUBERCULEUX. GUÉRISON. — M. *Terrillon*. Une femme âgée de 30 ans s'est aperçue depuis sept ans d'une grosseur existant dans le flanc droit et douloureuse à la pression. Les douleurs, survenant par crises, augmentèrent jusqu'au

mois de décembre, époque où M. Terrillon vit pour la première fois la malade. On ne notait aucun trouble dans le rein gauche. La miction était normale, l'état général était très mauvais, il y avait de la toux, des sueurs et de l'amaigrissement.

Le diagnostic n'était pas douteux : c'était une suppuration du rein droit ectopié. L'opération fut faite au mois de janvier dernier. Les adhérences ne permirent de dénuder le rein que dans l'espace de quelques centimètres ; M. Terrillon chercha à faire la décortication de l'organe, il ne put y arriver que par morcellements successifs. L'opération dura une heure et demie.

Le rein fut examiné par M. Brault dans le laboratoire de M. Cornil, il y avait des lésions tuberculeuses parfaitement caractérisées.

Les suites de l'opération furent parfaites. La malade pouvait se lever au mois de février, l'état général s'améliora rapidement. Trois mois après l'opération il ne restait plus qu'une légère fistulette qui s'est guérie par la suite. La malade a engraissé de trente livres depuis son opération. (Comm. MM. Verneuil, Duplay, Cornil).

A 4 heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Hayem sur les travaux envoyés pour les concours du prix Desportes.

BIBLIOGRAPHIE

Étude clinique sur le délire religieux, par le Dr *J.-M. Dupain* (Thèse de doct., Paris 1888, Lecrosnier et Babé, éditeurs).

Les idées religieuses délirantes peuvent affecter entre elles des rapports plus ou moins étroits qui leur ont fait donner le nom de délire religieux. Ces rapports peuvent être si bien marqués, et les idées religieuses délirantes peuvent être si bien enchaînées entre elles, qu'il paraît convenable en ce cas de les désigner sous le nom de délire religieux systématisé. Mais faut-il conserver la folie religieuse dans le cadre des classifications en tant qu'entité pathologique, le Dr Dupain ne le pense pas.

En effet, le délire religieux, quelle que soit sa systématisation, peut s'observer dans les diverses formes mentales.

Dans l'idiotie et l'imbécillité, les idées religieuses délirantes, lorsqu'on les constate, sont peu actives.

Dans la débilité mentale et les démences, le délire religieux est enfantin, niais, ridicule, parfois incohérent, mais cette incohérence est plus manifeste dans les démences.

Dans le délire chronique à évolution systématique et dans la dégénérescence mentale, le délire religieux n'est pas rare; c'est princi-

CORRESPONDANCE

Monsieur le Rédacteur,

Ce n'est nullement un buste de Jean-Robért Bréant, qui a été inauguré solennellement à Ajou dans la séance du 19 septembre dernier, mais bien une *simple plaque commémorative en marbre noir*, portant gravée en lettres d'or, l'inscription que vous citez textuellement.

Les honneurs du buste sont réservés à Daviel, buste qui sera inauguré à la Barre-en-Ouche, à une époque encore indéterminée.

La plaque de Bréant est placée au-dessus de la porte d'entrée de la mairie d'Ajou, construction des plus modestes la maison où est né Briant ayant été démolie et l'immeuble qui l'a remplacé ne se prêtant pas à l'exhibition de la plaque.

Agréez l'expression de mes sentiments bien distingués,

Dr Bougavel.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Henri GAUTIER, interne à l'hôpital Beaujon, décédé à l'âge de 28 ans.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (1er trimestre de l'année scolaire 1888-89). — I. *Inscriptions, consignations et travaux pratiques.* — Le registre d'inscriptions sera ouvert le jeudi 11 octobre. Il sera clos le samedi 24 novembre, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi : 1° Inscriptions de première, de deuxième et de troisième année de doctorat, — de première et de deuxième année d'officiat, les jeudi 11, vendredi 12, samedi 13, mercredi 17, jeudi 18, vendredi 19, samedi 20, mercredi 24, jeudi 25, vendredi 26, et samedi 27 octobre, et les mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9, samedi 10 novembre. 2° Inscriptions de quatrième année de doctorat, de troisième et quatrième année d'officiat, les mercredi 14, jeudi 15, vendredi 16, samedi 17, mercredi 21, jeudi 22, vendredi 23 et samedi 24 novembre. MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et approuvés par le Conseil de la Faculté. MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ;

il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions. Les numéro d'ordre pour les inscriptions de 4e année de doctorat et de 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du mardi 13 novembre 1888.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 4e trimestre 1887-88. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : Les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

II. *Consignations pour examens.* — Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du 8 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à 3 heures. En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année, les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 8 et le mardi 9 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet. Les consignations pour examens de fin d'année ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale : Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet.

III. *Travaux pratiques.* — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat. Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant 16 inscriptions. Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante. Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le Doyen sur leur demande écrite : 1° les étudiants ayant 16 inscriptions ; 2° les docteurs français ; 3° les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté. L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire. Les droits sont de 40 fr., payables en une fois. (Des affiches ultérieures feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques).

IV. *Cartes d'étudiant.* — Les cartes d'étudiant, pour l'année scolaire 1888-89, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

Asiles d'aliénés de la Seine. — *Concours pour la nomination à huit places d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et le Dépôt des aliénés près la Préfecture de police.* — Le lundi 10 décembre 1888, à midi précis, il sera ouvert à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, 1, à Paris, un concours pour la nomination à huit places d'interne titulaire en médecine actuellement vacantes dans lesdits établissements.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, Pavillon de Flore, aux Tuileries (Bureau du personnel). — Entrée sous la marquise dans la cour, corridor d

droite, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 8 novembre jusqu'au samedi 24 novembre inclusivement.

Concours pour la nomination à trois places vacantes d'interne titulaire en pharmacie dans les asiles du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard et Vaucluse). — Le lundi 26 novembre 1888, à une heure précise, il sera ouvert à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, 1, à Paris, un concours pour la nomination à trois places d'interne titulaire en pharmacie vacantes dans lesdits établissements.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, Bureau du personnel, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert du jeudi 25 octobre au samedi 10 novembre 1888, inclusivement.

Association des médecins de la Seine. — Par décret, la Commission générale de l'Association des médecins de la Seine, reconnue d'utilité publique par décret du 16 mars 1851, est autorisée à accepter le legs fait à cette œuvre par le sieur Jean-Baptiste Mège, suivant son testament olographe du 10 mars 1863, et consistant en une rente perpétuelle de 20 francs.

En cas de remboursement de cette rente, le capital en provenant sera placé en rentes 3 0/0 sur l'Etat.

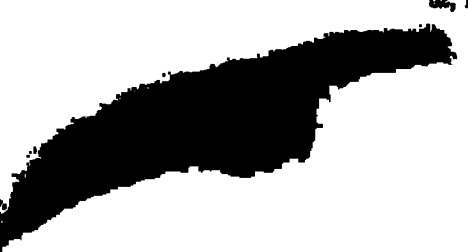
Nouveau journal. — Nous recevons les premiers numéros de *La Enciclopedia*, journal de médecine et de pharmacie, organe officiel de l'Académie médico-pharmaceutique de Barcelone.

Une épidémie de jaunisse a Glascow. — M. Russell a observé cette épidémie en juin et juillet dernier, sur cinq familles habitant dans Parkhead. Un homme de 36 ans succombait le 8 juillet et on attribuait son décès à l'ictère avec atrophie jaune du foie. Son fils, âgé de 15 ans, tombait malade le 7 juillet et succombait bientôt avec les symptômes de l'ictère. Un autre enfant, de 2 à 3 ans, succombait le 13 juillet à un « catarrhe gastrique avec congestion du foie et ictère ». Le 14 juillet, nouveau décès avec les mêmes symptômes d'un enfant de 2 ans 1/2. Dans une seule famille habitant le même quartier, six enfants furent atteints d'ictère. M. Russell compare cette épidémie d'ictère à celles dont Hirsch a donné la description dans sa géographie médicale, et place la cause de ces épidémies de famille et de maison dans l'insuffisance du drainage et la stagnation des eaux ménagères.

La Société clinique de Paris reprendra ses séances le jeudi 25 octobre, au lieu ordinaire de ses réunions.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.



TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 120. SAMEDI 13 OCTOBRE 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.



de la maladie n'est pas changée ; et toute autre affection, évoluant sur certains sujets, dans des conditions analogues, pourrait donner lieu à ce même aspect typhoïde. Je n'insiste pas davantage sur cette forme de pneumonie que nous avons étudiée dans notre dernière séance : il s'agit là de faits bien nets, parfaitement connus, qui appartiennent nettement à la pneumonie franche et n'ont aucune relation avec la dothiénentérie à laquelle on a cependant quelque tendance à les vouloir rattacher.

Voici, d'autre part, une seconde catégorie de faits. Vers la troisième semaine d'une fièvre typhoïde, ou pendant la convalescence, apparaît tout à coup un état fébrile : les accidents de dépression se développent à nouveau ; le malade est affaissé, plongé dans une adynamie plus ou moins grande ; la dyspnée est très marquée, la fièvre, qui à cette période était légère et nulle, se rallume tout aussitôt, et le thermomètre peut même atteindre un chiffre plus élevé.

Ordinairement le malade ne se plaint pas d'un point de côté : l'examen de l'abdomen ne donne aucun renseignement : le ventre n'est pas météorisé, la pression de la fosse iliaque droite n'est point douloureuse ; mais, fait important, le malade respire avec une fréquence inaccoutumée et si l'on vient à examiner la poitrine, on trouve tous les signes d'une *pneumonie lobaire*, avec un souffle excessivement marqué. L'expectoration fait défaut.

Cette pneumonie peut présenter une marche envahissante, ou évoluer sur place. Les symptômes vont en s'aggravant progressivement, et le malade meurt, quelquefois très rapidement, de la complication pulmonaire, alors qu'il etait guéri de sa fièvre typhoïde. A l'autopsie, on trouve une pneumonie lobaire à la période d'hépatisation franche ou d'hépatisation grise avec tous les caractères anatomiques et bactériologiques d'une pneumonie vraie.

La pathogénie de cette pneumonie était autrefois très discutée et presque inexpliquée : on disait que c'était une maladie qui était venue compliquer la fièvre typhoïde; comme chez un jeune typhique qui mourut ainsi de cette complication pneumonique à l'hôpital Lariboisière en 1866, dans le service du Pr Tardieu dont j'étais alors l'interne.

Aujourd'hui la bactériologie a jeté un jour nouveau sur cette question jusqu'alors obscure, et nous a montré que nous étions en présence d'une infection secondaire par pneumocoque, au cours d'une fièvre typhoïde. Ces faits ont été bien étudiés au point de vue clinique par M. Galissart de Marignac en 1881 dans sa thèse inaugurale, et très complètement par M. Polguère dans sa thèse toute récente, au mois de janvier dernier. M. de Marignac, tout en ayant interprété ces faits avec une grande justesse, n'avait pu en donner

35e Année. — Tome II. N° 120 Samedi 13 Octobre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Des formes typhoïdes et infectieuses de la pneumonie,

Par M. le Pr DAMASCHINO,
Leçon recueillie par M. MARTHA,
Interne des hôpitaux.

Messieurs,

Parmi les différentes formes que peut présenter la pneumonie, je vous ai déjà écrit la *forme typhoïde*, ou mieux *asthénique*, à laquelle Grisolle avait donné le nom de forme ataxique. Nous avons vu que son début, sa marche, sa température, sont celles de la pneumonie ordinaire; la défervescence est franche, se traduit par une crise et une série de phénomènes critiques en tout semblables à ceux de la pneumonie normale. Il en est de même de ses symptômes d'auscultation et des phénomènes généraux. Stokes, il est vrai, a prétendu que cette forme pouvait donner lieu à une rétraction thoracique, parce que la résolution se faisait lentement : cette rétraction est bien plutôt la conséquence d'un épanchement pleurétique consécutif à la pneumonie, comme l'a dit avec juste raison Grisolle.

La fièvre typhoïde peut d'ailleurs être *abortive* comme la forme ordinaire ; la crise survient alors du quatrième au cinquième jour. Notons enfin ce fait important, et qui est admis par tous les auteurs, c'est la courte durée de la convalescence.

Mais pourquoi la pneumonie lobaire donne-t-elle naissance dans ces cas à des phénomènes de dépression, à un état adynamique si marqué? C'est que la pneumonie évolue sur différents terrains, et que la nature du terrain est très importante à considérer : la forme typhoïde s'observe en effet chez des individus surmenés, ou déjà malades, dont la force de résistance est, par conséquent, affaiblie par une affection antérieure ou par des fatigues extrêmes.

Peu importe que le malade présente cet *aspect typhoïde* : la nature

(1) Nous reproduisons textuellement d'après les *Annales médico-chirurgicales*, cette remarquable leçon de M. le professeur Damaschino.

volume. Véritablement il est difficile dans de semblables conditions d'admettre, malgré les symptômes apparents de fièvre typhoïde, l'existence d'une dothiénenthérie chez ce malade atteint de pneumonie. M. Hérard était, selon moi, en présence d'un pneumonique et non d'un typhique.

Les mêmes remarques sont applicables aux deux observations publiées par Lorain. Cependant mon collègue et ami, le Pr Lépine, de Lyon, qui a publié sur cette question de remarquables travaux, les regarde comme des cas de pneumo-typhoïde, et il ajoute : « L'erreur est excusable, car la courbe est celle de la pneumonie. » Il n'y a rien d'étonnant que la courbe ait été celle de la pneumonie vraie, ces malades étaient des pneumoniques et n'avaient pas de fièvre typhoïde.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 *octobre* 1888. — *Présidence de* M. POLAILLON.

SUTURE A DISTANCE. — M. *Nicaise.* J'ai fait autrefois un rapport ici même sur un travail de M. Decès, sur la suture à distance, travail antérieur à celui de M. Després.

M. Decès, le père, avait employé ce procédé en 1838 et Velpeau avait fait une communication en 1840 à l'Académie.

M. *Després.* Le procédé de suture de Decès est un procédé qui a pour but de passer les fils loin des lèvres de la plaie, il ne ressemble pas au mien.

TAILLE HYPOGASTRIQUE. — UTILITÉ DU BALLON DE PETERSEN. — M. *Tillaux.* Dans un cas de taille hypogastrique pour calculs multiples, l'emploi du ballon de Petersen m'a rendu de très grands services. Le ballon est surtout utile dans les cas de paroi abdominale très épaisse, quand la vessie ne peut être distendue, et aussi dans les cas de cathétérisme rétrograde, quand on ne peut pas passer, ni injecter des liquides dans la vessie. Il facilite beaucoup l'opération. Les accidents qui ont été cités dans la dernière séance sont exceptionnels et d'autre part je ne saurais accepter les idées de M. Després sur l'inutilité du ballon.

M. *Després.* La taille hypogastrique a été remise en honneur par Giraldès qui a eu aussi à lutter pour elle de 1873 à 1875.

En 1875, M. Devers a communiqué deux observations de taille hypogastrique, il avait employé le doigt mis dans le rectum pour refouler la vessie. Ces moyens les plus simples sont les meilleurs.

M. *Quénu.* Le ballon de Petersen m'a rendu service dans deux

cas de taille hypogastrique et dans un cas j'ai injecté 350 grammes.

M. *Périer*. La taille hypogastrique est autrement facile avec le ballon que sans lui.

Si on injecte dans un ballon plus de liquides qu'il n'en peut contenir sans être distendu, on peut avoir des accidents.

M. *Nicaise*. Dans mon cas, le ballon était loin d'être distendu.

PLAIE CONTUSE DE LA RÉGION MALAIRE PAR UN COUP DE PIED DE CHEVAL. — TÉTANOS CÉPHALIQUE, par M. *Charvot*. — RAPPORT. — M. *Terrillon*. L'observation peut se résumer ainsi :

Plaie contuse de la région malaire droite, paralysie faciale droite le huitième jour, puis trismus au cinquième jour avec crises convulsives de la face, puis mort brusque quatre jours après le début des accidents. La température reste basse jusqu'au moment de la mort.

Cette observation est l'analogue de celle que j'ai publiée ici en 1887, mais dans la mienne la mort a eu lieu au 19e jour.

Le tétanos céphalique est celui qui succède à des traumatismes dans la zone du trijumeau. La paralysie faciale est un des premiers symptômes et un symptôme capital. Il peut tuer sans se généraliser. Le tétanos céphalique a été appelé aussi hydrophobique quand il s'étend au pharynx, mais le céphalique doit être distingué de l'autre.

M. Charvot considérant que la douleur sur la région molaire était exagérée par la pression, fit la section du sous-orbitaire sans résultat ; elle aurait pu être plus précoce.

Ici encore se trouve confirmée la théorie de l'origine équine du tétanos défendue par M. Verneuil.

M. *Verneuil*. Je ferai une remarque à propos de la localisation primitive du tétanos sur le côté de la face atteint par le traumatisme.

Car il faut rapprocher ce fait des faits expérimentaux. M. Nocard a inoculé comme vous savez le tétanos en série au moyen de râclures de casseaux provenant de chevaux morts de tétanos. Il fait ces inoculations au flanc. Or, le tétanos débutait par le pleurothotonos du côté du flanc inoculé.

M. *Tillaux*. La forme céphalique ou hydrophobique, je l'ai observée dans mon service. Il s'agissait surtout de la forme hydrophobique, elle était consécutive à une plaie du membre supérieur et non à une plaie de la face.

M. *Verneuil*. Je crois qu'on peut observer cette forme hydrophobique à la suite de plaies d'une autre région que la tête. Il vaut mieux l'appeler pharyngée parce que ce dernier mot indique la localisation anatomique des spasmes. Cette forme s'accompagne d'asphyxie par

spasmes du larynx. Dans un cas, j'ai pu sauver mon malade par la trachéotomie.

M. *Reclus.* Je viens d'observer un cas de tétanos à l'hôpital. La mort est survenue au 7e jour, dans un service où il y a eu déjà deux cas de tétanos. Il s'agit d'une plaie fermée et comme dans les deux autres cas il s'agissait aussi de plaies fermées, et que le tétanos s'est développé au 7e jour, il s'ensuit que la période d'incubation du tétanos paraît être de 7 jours.

La malade est morte en vingt-six heures. Les symptômes ont consisté en trismus et symptômes pharyngés.

M. *Tillaux.* L'expression de tétanos hydrophobique me paraît très juste, parce que mon malade ressemblait à un enragé.

M. *Berger.* Il ne faut pas confondre le tétanos hydrophobique avec le tétanos céphalique.

M. *Terrillon.* J'ai différencié le tétanos céphalique du tétanos hydrophobique, car dans le tétanos céphalique, il s'agit d'un tétanos d'une forme spéciale.

DE LA CONDUITE A TENIR DANS LES CAS DE BALLES DE PETIT CALIBRE DANS LA CAVITÉ DE L'OREILLE. — M. *Berger.* Dans le cas de plaie par coup de feu des cavités splanchniques, la règle est de s'abstenir toutes les fois qu'il n'y a pas d'accident.

Pour l'oreille la suppuration est la règle, de plus il y a impossibilité pour le projectile de sortir, d'où possibilité d'inconvénients et de dangers graves et même de mort par propagation de la suppuration aux méninges et au cerveau.

Il y a lieu de rechercher ces projectiles et de les enlever, si on ne l'a pas fait c'est qu'on n'a pas réfléchi à la facilité aussi grande qu'on a de le faire.

L'appareil à sonnerie électrique Trouvé est un précieux auxiliaire pour l'exploration et aussi pour l'extraction, car il guide les instruments d'extraction.

Pour cette extraction, j'ai recours à une voie indiquée par M. Verneuil. Je détache le pavillon de l'oreille en haut, et j'arrive facilement vers la caisse, surtout si on ajoute la section des parties molles du conduit auditif externe. On évide l'os et quelquefois la partie extérieure de l'apophyse mastoïde.

L'enlèvement des projectiles peut être facile, mais dans un cas j'ai dû évider le corps étranger avec des curettes tranchantes pour le réduire ; après je fais l'extraction.

On fait la suture du pavillon et on tamponne la cavité avec la gaze iodoformée. Après ma première opération, je m'attendais à des accidents douloureux et fébriles. Rien de cela ne s'est produit. Cette simplicité opératoire doit engager à faire ces opérations.

Voici le résumé de mes deux cas :

Dans un premier, entrée de la balle en avant du tragus; il traverse le conduit auditif.

Le 8e jour, je fis l'exploration avec l'appareil Trouvé. Je fis l'extraction, et les suites furent très simples : mais le malade resta sourd du côté blessé, cela se comprend.

Dans le deuxième cas, je suis intervenu à la fin du premier mois ; le malade s'était tiré une balle dans le conduit auditif externe. Après l'opération, il y eut une paralysie partielle de la moitié correspondante de la langue, ce qui semble indiquer le rôle gustatif de la corde du tympan.

Au bout d'un certain temps, on vit se produire peu à peu une paralysie faciale.

Je procédai à l'opération, comme je ne pus enlever que les 2 tiers d'une balle du calibre 7, je craignis d'en avoir laissé une portion, mais comme l'appareil de Trouvé ne m'avait rien révélé, je pensai que la partie manquante (1/3) était sortie avant; mais après, la suppuration continuant, je fis l'exploration, je trouvai le troisième tiers de la balle, je l'enlevai. Ce malade est guéri.

M. *Terrillon*. J'ai enlevé une balle il y a sept ou huit ans dans des conditions analogues à celles de M. Berger.

Un homme de 28 ans s'était tiré une balle de revolver dans l'oreille, trois mois après il eut des accidents cérébraux. Il vint à Paris, je l'explorai avec un stylet, et trouvai un corps dur ; je l'explorai avec l'appareil de Nélaton qui ne donna rien : l'appareil Trouvé me donna un résultat positif.

J'ai pratiqué une couronne de trépan à côté du trajet; j'ai fini par faire sauter la balle. La guérison a eu lieu en quelques semaines.

Les troubles cérébraux ont disparu par enchantement, mais le malade est resté sourd du côté blessé.

M. *Després*. J'ai trois cas présents à l'esprit ; dans un cas il s'agit d'une balle du calibre 9, je me suis gardé d'intervenir. Le sixième jour, le malade eut des symptômes céphaliques et mourut quatre jours après. Je me suis félicité de n'être pas intervenu.

Dans le deuxième cas, la balle était dans les cellules mastoïdiennes, je ne fis rien, le malade guérit.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un jeune homme qui s'était tiré une balle qui avait perforé la paroi extérieure du conduit, il eut, une paralysie faciale, limitée à la bouche et à l'aile du nez. J'introduisis le stylet de Nélaton qui pénétra à 2 cent. et demi, je ne sentis rien et n'obtins rien. Le malade est guéri et vit encore, sauf qu'il a une paralysie de la commissure des lèvres et de la narine.

M. *Berger*. Les faits de M. Desprès ne prouvent pas grand chose.

Le premier cas est un fait en dehors de ceux que j'ai cités.

Dans le deuxième fait, il n'est pas certain que la balle fut dans la cellule mastoïdienne.

Le troisième fait prouve qu'on peut guérir avec une balle dans la cellule mastoïdienne. Nous le savions, mais il y a tant d'observations contraires, qu'il faut mieux faire l'extraction.

Corps étranger dans la vessie. — Canule d'irrigateur. — M. *Nicaise*. Homme de 65 ans, qui s'est introduit une canule d'irrigateur Eguisier. Cystite assez légère. Dix à quinze mictions par jour.

Le toucher rectal ne donne rien.

Le cathétérisme était positif.

Le canal était large. J'essayai de retirer par les voies naturelles. Je me suis servi du redresseur de Collin avec le doigt dans le rectum comme l'a indiqué M. Guyon. On peut guider très bien le corps étranger pour le mettre en bonne position.

Le calibre de l'instrument est de 8 millimètres. Le canal mesurait 12 millimètres.

Il y a eu une uréthrite assez violente après l'opération.

Le deuxième jour, il y a eu une éruption quinique à la suite de l'administration du sulfate de quinine.

Le malade avait travaillé autrefois dans une fabrique de sulfate de quinine et il avait une éruption quinique analogue.

J'insiste surtout sur le volume du corps étranger et la possibilité du passage à travers les voies naturelles, et sur l'utilité du toucher rectal pour placer le corps en bonne position dans l'instrument d'extraction.

M. *Bazy* lit une observation d'anévrysme cirsoïde de la main et du membre supérieur droit.

Bazy.

BIBLIOGRAPHIE

Psoriasis et arthropathies, par Ch. *Bourdillon*, Lecrosnier et Babé, édit., Paris 1888.

La diathèse rhumatismale peut présenter des manifestations multiples et en apparence indépendantes ; telle est l'opinion qui semble prévaloir. Mais il faut savoir, et c'est ce qu'a tenté de montrer, dans un travail étudié et soigné, M. Bourdillon, que ces manifestations peuvent en quelque sorte se compléter les unes les autres, qu'une certaine dépendance les relie ensemble et que des phénomènes morbides, bien que longtemps passés inaperçus ou considérés comme exceptionnels ou encore simplement rattachés à titre banal au rhu-

matisme dans l'acception ancienne de ce mot, ne sont pas des rencontres fortuites. »

Chez certains malades atteints de psoriasis existent des douleurs dont le siège est multiple (névralgies, myalgies, mélalgies), mais aussi des troubles articulaires pouvant varier depuis la simple arthralgie jusqu'aux arthropathies proprement dites.

Il n'existe pas de rapport chronologique constant entre la manifestation cutanée et la manifestation articulaire. Elles peuvent apparaîtrent simultanément, l'une peut précéder l'autre, sans que quelque symptôme de la dermatose ou de l'arthropathie puisse faire préciser l'association future.

Aucune cause ne peut expliquer l'apparition de ces arthropathies ; c'est à tort qu'on a cherché à leur décrire les différents aspects du rhumatisme chronique. Ce qui paraît plus probable, étant donné surtout un ensemble de phénomènes nerveux que l'on rencontre avec une fréquence remarquable chez les malades ou chez leurs ascendants, c'est que l'on a probablement affaire à des arthropathies de cause médullaire.

On tend de plus en plus à regarder le psoriasis comme étant de nature trophonévrotique, et l'association du psoriasis et des arthropathies nerveuses serait une confirmation de cette hypothèse.

Ces arthropathies, en raison de leur marche à peu près fatale, lorsqu'elles sont généralisées, ont une gravité très grande et conduisent le malade à l'impotence, résultat de déformations irrémédiables.

Aussi la thérapeutique médicale est-elle à peu près désavouée et doit-on surtout prévenir par les procédés chirurgicaux et orthopédiques, appareils ou redressement, les attitudes et les déformations.

Ces conclusions résumées du travail de M. Bourdillon sont insuffisantes et nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage lui-même où on trouvera développée dans un style clair et précis une des questions les plus importantes de la pathologie générale, l'arthritisme.

Dr F. Verchère.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Henri Collin, médecin-major.

M. le Dr Quiquandon, de Vernet-la-Varenne (Puy-de-Dome).

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Est nommé chevalier, M. le Dr Rebatel, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Lyon, conseiller général.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'internat.* — La composition du jury du concours de l'internat des hôpitaux de Paris est provisoirement fixée comme suit : MM. d'Heilly, Du Castel, Labric, Le Dentu, Peyrot, Auvard, Félizet.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Travaux pratiques d'histologie.* — Le laboratoire des travaux pratiques d'histologie, sous la direction de M. Rémy, agrégé, chef des travaux (Ecole pratique, rue de l'Ecole-de-médecine), sera ouvert tous les jours, à partir du mardi 23 octobre 1888, de une heure à trois heures de l'après midi.

Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires, pendant le semestre d'hiver, pour tous les étudiants de troisième année.

Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les Etudiants.

Médecine opératoire. — M. le Dr Broca, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du mardi 16 octobre 1888, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques.

Ce cours ne pourra comprendre plus de quarante-huit élèves.

Il est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire.

MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront se présenter, le plus tôt possible, à partir du mercredi 10 octobre, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-médecine, de une heure à quatre heures, au bureau du chef de matériel, qui leur donnera les renseignements nécessaires.

Travaux pratiques d'anatomie pathologique. — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique, sous la direction de M. le docteur Brault, chef des travaux, commenceront le lundi 22 octobre 1888.

MM. les étudiants, pourvus de douze inscriptions, sont priés de se faire inscrire à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-médecine (laboratoire d'anatomie pathologique) pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, tous les jours à partir du lundi 8 octobre 1888 jusqu'au samedi 24 novembre inclus, et de deux heures à trois heures de l'après midi.

Une carte d'admission leur sera délivrée.

Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

Exercices de dissection. — Les élèves de seconde année, avant d'être admis à disséquer, doivent subir l'examen préalable d'ostéologie.

Ils sont invités à se faire inscrire, dans le plus bref délai, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-médecine, au bureau du chef de matériel, de midi à quatre heures.

Les démonstrations d'ostéologie, sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques, commenceront le lundi 15 octobre.

Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du jeudi 8 novembre tous les jours, de midi à quatre heures.

Les prosecteurs, chefs de pavillon, et les aides d'anatomie dirigent et

surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A. — Les étudiants de première année ne prennent point part aux travaux anatomiques.

B. — Les exercices de dissection sont obligatoires pour les étudiants de deuxième et troisième année : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets.

C. — Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant :

1° Elèves obligés, 2° et 3° année (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique).

2° Elèves non obligés et docteurs (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique).

Nota. — Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'anatomie, s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef de matériel et n'a reçu une carte d'entrée.

Ce bureau, 15, rue de l'Ecole-de-médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures jusqu'au 15 novembre.

Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter :

1° Sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétariat de la Faculté ;

2° La quittance constatant le paiement des droits.

Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'Ecole pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

Délais d'ajournement aux examens. — Les jurys d'examens et de thèse pourront, s'ils le jugent convenable, d'après le résultat de l'examen, imposer aux candidats un ajournement dont la durée ne pourra être moindre de trois mois ou excéder un an.

Cette disposition est applicable à tous les examens, sauf aux examens de fin d'année, au 1er examen de doctorat, et à l'épreuve pratique de médecine opératoire.

Examens de fin d'année. — Les candidats aux examens de fin d'année doivent se présenter au mois de juillet, à moins d'obtenir l'autorisation de se présenter à la session d'octobre-novembre ; s'ils subissent un échec en juillet, ils ont le droit de renouveler leur examen en octobre-novembre ; s'ils sont refusés en octobre-novembre ou s'ils ne se sont pas présentés à cette dernière session, ils sont renvoyés au mois de juillet suivant et le cours de leurs inscriptions est suspendu pendant l'année scolaire.

1er examen de doctorat. — Les candidats au 1er examen de doctorat doivent se présenter au mois de juillet ou au mois d'octobre, à leur choix. Tout candidat qui n'aura pas subi avec succès le 1er examen en octobre-novembre, au plus tard, sera ajourné à la fin de l'année scolaire et ne pourra prendre aucune inscription pendant le cours de cette année.

Epreuve pratique de médecine opératoire. — Il est imposé aux candi-

surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A. — Les étudiants de première année ne prennent point part aux travaux anatomiques.

B. — Les exercices de dissection sont obligatoires pour les étudiants de deuxième et troisième année : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets.

C. — Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant :

1° Elèves obligés, 2° et 3° année (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique).

2° Elèves non obligés et docteurs (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique).

Nota. — Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'anatomie, s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef de matériel et n'a reçu une carte d'entrée.

Ce bureau, 15, rue de l'Ecole-de-médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures jusqu'au 15 novembre.

Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter :

1° Sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétariat de la Faculté ;

2° La quittance constatant le paiement des droits.

Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'Ecole pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

Délais d'ajournement aux examens. — Les jurys d'examens et de thèse pourront, s'ils le jugent convenable, d'après le résultat de l'examen, imposer aux candidats un ajournement dont la durée ne pourra être moindre de trois mois ou excéder un an.

Cette disposition est applicable à tous les examens, sauf aux examens de fin d'année, au 1er examen de doctorat, et à l'épreuve pratique de médecine opératoire.

Examens de fin d'année. — Les candidats aux examens de fin d'année doivent se présenter au mois de juillet, à moins d'obtenir l'autorisation de se présenter à la session d'octobre-novembre ; s'ils subissent un échec en juillet, ils ont le droit de renouveler leur examen en octobre-novembre ; s'ils sont refusés en octobre-novembre ou s'ils ne se sont pas présentés à cette dernière session, ils sont renvoyés au mois de juillet suivant et le cours de leurs inscriptions est suspendu pendant l'année scolaire.

1er examen de doctorat. — Les candidats au 1er examen de doctorat doivent se présenter au mois de juillet ou au mois d'octobre, à leur choix. Tout candidat qui n'aura pas subi avec succès le 1er examen en octobre-novembre, au plus tard, sera ajourné à la fin de l'année scolaire et ne pourra prendre aucune inscription pendant le cours de cette année.

Epreuve pratique de médecine opératoire. — Il est imposé aux candi-

dats refusés à l'épreuve pratique de médecine opératoire un ajournement dont la durée ne peut être moindre de six semaines.

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. le D[r] Lesguillons est adjoint à la mission dont MM. les D[rs] Huchard, médecin de l'hôpital Bichat, et Schwartz, chirurgien des hôpitaux, ont été chargés, à l'effet d'étudier l'installation des laboratoires et des hôpitaux et les progrès de la thérapeutique en Allemagne, en Autriche et en Russie.

ASILE D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Par décret du Conseil d'Etat, le service de la recette et la dépense des asiles publics du département de la Seine sera désormais confié à un receveur unique, qui prendra le titre de receveur des asiles publics d'aliénés de la Seine. Ce fonctionnaire remplira, en cette qualité, les fonctions prévues par la loi du 30 juin 1888, c'est-à-dire celles d'agent comptable pour les biens appartenant aux aliénés séquestrés et non interdits.

PUNCH AU CERCLE MILITAIRE. — Un punch d'honneur a été offert samedi soir au Cercle militaire par les médecins et pharmaciens militaires et les officiers d'administration du service des hôpitaux résidant à Paris aux médecins inspecteurs généraux Didiot, Colin et au médecin inspecteur Maillot, du cadre de réserve. On fêtait la promotion à la dignité de grand-officier de la Légion d'honneur de M. Didiot qui, atteint par la limite d'âge, prend sa retraite ; la nomination de M. Colin, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, au grade de médecin inspecteur général, et le vote de la loi, accordant au D[r] Maillot, à titre de récompense nationale, une pension de 6,000 fr. pour avoir introduit et généralisé en Afrique et en Europe l'emploi du sulfate de quinine. Beaucoup de médecins militaires des départements étaient venus se joindre à leurs collègues de Paris. (*Bull. méd.*).

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 30 *septembre au* 6 *octobre* 1888. — Fièvre typhoïde, 8. — Variole, 2. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, Croup, 24. — Phthisie pulmonaire, 183. — Autres tuberculoses, 16. — Tumeurs cancéreuses et autres, 49.

Méningite, 18. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 39. —Paralysie, 05. — Ramollissement cérébral, 07. — Maladies organiques du cœur, 51.

Bronchite aiguë et chronique, 46. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 42. Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 131.

Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 3.

Débilité congénitale, 27. — Sénilité, 16. — Suicides et autres morts violentes, 25. — Autres causes de mort, 118. — Causes inconnues, 7.

Nombre absolu de la semaine : 846. — Résultat de la semaine précédente : 873.

Le Propriétaire-Gérant : D[r] E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

35e Année. — Tome II. N° 121 Mardi 16 Octobre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Des formes typhoïdes et infectieuses de la pneumonie,

Par M. le Pr Damaschino,
Leçon recueillie par M. Martha,
Interne des hôpitaux.

(SUITE ET FIN) (1).

Si nous nous refusons à considérer ces faits comme des pneumo-typhoïdes, ce n'est pas que nous voulions rejeter absolument cette forme de pneumonie ; elle peut exister, et quelques faits récents semblent favorables à cette manière de voir, sans toutefois que la preuve ait été faite d'une façon irréfutable.

C'est ainsi que M. Lannois, agrégé à la Faculté de Lyon, en a publié une observation dans le *Lyon Médical*, en 1882. Il s'agissait d'un sujet qui mourut au septième jour d'une fièvre typhoïde, après avoir présenté des signes de pneumonie. Les lésions anatomiques consistaient en une hépatisation fibrineuse d'un lobe, et en un gonflement des plaques de Payer. Notons que la fièvre typhoïde, d'après l'observation, était au septième jour ; je veux bien qu'il y ait une erreur de deux ou trois jours, peu importe.

Le Pr Pierret fit l'étude histologique et put constater la présence d'un exsudat fibrineux dans les alvéoles, mais l'observation est très sobre de détails micrographiques. N'était-ce pas une broncho-pneumonie ? Dans la broncho-pneumonie, ainsi que je l'ai démontré, le premier, il peut y avoir çà et là des noyaux d'exsudation fibrineuse, mais cette exsudation n'est pas continue, elle ne remplit pas toutes les alvéoles comme dans la pneumonie lobaire vraie.

Enfin, dans ce cas, l'examen bactériologique n'a pas été pratiqué, et cet examen seul pouvait trancher la question, suivant la remarque de M. Lannois lui-même.

Les autres faits que je dois vous signaler sont encore plus discu-

(1) Voir *France médicale* n. 120.

tables. M. Lépine cite le cas d'un individu qui, le 30 octobre, à la suite d'un refroidissement, présenta les symptômes d'une pneumonie adynamique, et plus tard les signes d'une fièvre typhoïde avec taches rosées, etc. Or, malgré la résolution de la pneumonie le malade était encore fébricitant à la fin de novembre ; il présentait une adynamie profonde, avait des eschares, et c'est dans cet état qu'il succomba. A l'autopsie on ne trouva aucune trace de pneumonie ; il n'existait pas de lésions des plaques de Payer; l'intestin présentait seulement de la psorentérie. Je ne puis admettre dans ce cas une pneumo-typhoïde.

En réalité, les faits de pneumo-typhoïde, jusqu'à présent peu nombreux, sont loin d'être démonstratifs.

Il faut se défier de ces prétendues pneumo-typhoïdes, qu'il est facile de confondre soit avec une autre affection, soit avec une broncho-pneumonie si fréquente dans le cours de la dothiénenthérie.

Il existe du reste des grandes variations dans les complications pulmonaires de la fièvre typhoïde, suivant les épidémies et les constitutions médicales. Autrefois on disait que les phénomènes bronchiques et broncho-pulmonaires étaient tardifs, se montraient à la deuxième période dans le second septenaire de la fièvre typhoïde, et coïncidaient avec les taches rosées : c'est ce que vous trouvez dans tous les ouvrages classiques.

Ces données ne sont plus vraies aujourd'hui. De même que M. Peter a dit, faisant allusion à la température : « On a changé notre fièvre typhoïde », je le dis depuis longtemps pour les manifestations thoraciques qui depuis huit ou dix ans sont devenues précoces ; les râles ronflants et sibilants, les sous-crépitants même s'étendent dès le quatrième, le troisième et même le deuxième jour. En 1880, j'ai vu avec mon interne, M. Variot, un cas de broncho-pneumonie très précoce avec tendance aux suffusions hémorrhagiques et formation d'infarctus véritables, mais ce ne sont pas là des cas de pneumo-typhoïde.

Pour l'admettre il faudrait : 1° une observation clinique irréprochable; 2° une observation nécroscopique comprenant l'étude des lésions pulmonaires, intestinales et viscérales, au point de vue macroscopique et microscopique. Il sera nécessaire de s'assurer si l'on est vraiment en présence d'une pneumonie lobaire avec dépôts fibrineux, non pas péribronchiques, mais existant dans toutes les parties envahies par la pneumonie. En troisième lieu, on devrait pratiquer l'examen bactériologique, faire des cultures et des inoculations. Quand toutes ces conditions auront été remplies et qu'on aura ainsi prouvé qu'il s'agit d'une pneumonie lobaire sans pneumocoque, mais avec bacilles typhiques, l'existence de la pneumo-typhoïde

pourra être admise, mais jusqu'à présent pareille démonstration n'a pas encore était faite.

Dans une observation du Dr Polguère, où l'examen bactériologique a été très sérieusement pratiqué, il ne s'agissait pas de pneumonie lobaire, mais de splénisation simple ; c'était une détermination pulmonaire de la fièvre typhoïde, ce n'était pas une pneumonie lobaire.

En résumé, la pneumo-typhoïde est possible, mais son existence n'est pas encore démontrée.

Il me reste à vous parler des *pneumonies dites infectieuses.*

Dans l'esprit de ceux qui ont proposé cette dénomination, c'est une espèce de pneumonie à part, distincte de la *pneumonie commune inflammatoire*. Pour eux cette pneumonie infectieuse serait une maladie générale à détermination locale sur le poumon, comparable à la fièvre typhoïde à détermination spéciale au niveau des plaques de Payer ; pour eux elle se distinguerait complètement de la pneumonie bénigne, simple inflammation du poumon.

Je ne puis admettre cette distinction. Pour moi, la *pneumonie est une*, sans présenter toujours la même intensité, la même forme, les mêmes manifestations : il n'y a pas deux sortes de pneumonies, l'une infectieuse et l'autre non infectieuse, pas plus qu'il n'y a de classes distinctes dans les autres maladies infectieuses. Par exemple, la variole confluente, la variole discrète, la varioloïde présentent entre elles de grandes différences, mais n'en constituent pas moins une seule et même maladie ; ce ne sont pas des pyrexies distinctes. De même, la rougeole grave avec complications broncho-pneumoniques, intestinales, etc., et la rougeole simple bénigne avec très léger catarrhe ne sont pas deux affections différentes : la scarlatine maligne qui tue en deux jours, la scarlatine de moyenne intensité avec néphrite, et la scarlatinette sont toujours dues au poison scarlatineux : la nature en est identique.

Pour ces trois fièvres éruptives, du reste, la démonstration d'unité est faite. Elle a été donnée péremptoirement, expérimentalement même pour la variole. En effet, vous savez qu'avant la découverte de la vaccine, et de nos jours encore en certaines localités où la vaccine fait défaut, c'était et c'est une règle de choisir une varioloïde très discrète pour pratiquer l'inoculation aux hommes bien portants : par cette pratique on cherche à développer une variole discrète suffisante pour conférer l'immunité ; et cependant, malgré cette précaution, on a vu le virus, quoique pris sur un malade atteint de varioloïde, être le point de départ d'une variole plus grave, et même d'une variole confluente, mortelle.

Quoique la scarlatine et la rougeole ne soient point inoculables, l'unité de nature en est prouvée de par la clinique : nous avons tous

vu une rougeole grave naître de rougeole faible, une scarlatine légère, et même fruste contractée d'un sujet atteint de scarlatine grave, et inversement; je n'ai pas besoin d'insister sur ces faits qui sont connus de tous.

Or, la pneumonie ne se comporte pas autrement. Bien que la démonstration en soit moins facile, parce que, pour cette maladie, la contagion est moins nette, cependant les exemples de contagion ne sont pas tout à fait rares. Je vous rappellerai l'épidémie de pneumonie qui a éclaté cette année dans mon service de l'hôpital Laënnec, salle Bayle : un malade entre avec une pneumonie grave et succombe (il n'y avait pas eu de pneumonie dans la salle depuis un mois); puis quatre autres malades sont pris successivement, et sur ces quatre, trois succombent. Les trois malades qui sont morts présentaient tous une tare; l'un était artério-scléreux et aphasique; l'autre portait des lésions tuberculeuses avancées; le troisième était atteint de bronchite chronique et d'asthme avec dilatation du cœur droit.

Le seul qui ait guéri, après avoir eu une pneumonie abortive, était soigné à l'hôpital pour un léger rhumatisme chronique.

Pourquoi cette évolution différente dans cette épidémie? La *graine* était la même; chez les cinq malades, c'était bien le pneumocoque qui avait envahi le poumon, comme l'ont montré l'examen bactériologique et les inoculations aux animaux.

Mais si la *graine* était la même chez tous ces malades, le *terrain* était variable; sur un terrain mauvais, et par là même favorable au développement du pneumocoque, les micro-organismes ont prospéré; sur le bon terrain, peu propice par conséquent à la culture, la pneumonie a évolué en trois jours, et le malade a rapidement guéri.

Outre ces preuves fournies par la clinique, il en est d'autres non moins importantes, pour démontrer l'unité de la pneumonie; ce sont celles que nous cherchons dans la pathogénie expérimentale.

En effet, les inoculations faites à des souris, avec des crachats de pneumonie grave et de pneumonie abortive, donnent dans les deux cas le même résultat. Les animaux inoculés meurent dans le même temps, après avoir présenté les mêmes phénomènes d'intoxication pendant la vie; les lésions sont les mêmes après leur mort; et, sous le microscope, ce sont les mêmes pneumocoques réagissant de la même façon sous l'action des matières colorantes et des acides. Vous réalisez ainsi sur l'animal avec le pneumocoque l'expérience faite sur l'homme avec le virus varioleux.

Enfin si, non satisfaits de ces preuves cliniques et expérimentales, vous vous adressez à la bactériologie, si vous ensemencez dans des tubes de gélatine des parcelles de crachats de pneumonies graves et bénignes, des gouttes de sang pris à des souris, mortes après inocu-

lation de crachats de pneumonies graves et bénignes; dans tous les cas, si vous avez soin de placer vos tubes dans des conditions identiques de culture et de chaleur, vous obtiendrez le même pneumocoque; et ni la culture sur gélose, ni le microscope ne vous permettront de distinguer l'un de l'autre les micro-organismes de deux formes de pneumonie.

Je vous ai démontré d'une façon suffisamment nette, je crois, par la clinique, par la pathologie expérimentale et par la bactériologie, qu'il n'y a pas deux espèces de pneumonies, et que, si l'évolution et les signes de la pneumonie varient selon les individus, l'agent toxique est toujours identique dans tous les cas; seul le terrain de culture varie selon les individus.

Mais pourquoi la maladie présente-t-elle de si grandes différences, tuant tel sujet en quelques jours, avortant rapidement chez tel autre? N'y a-t-il qu'une question de terrain? Doit-on faire jouer un rôle à la qualité de la graine? Est-il une condition ou étiologique ou barométrique qui favorise le développement du microbe? Il y a là, Messieurs, une inconnue, et je ne puis, pour le moment, vous donner la solution du problème.

La pneumonie évolue donc comme les autres maladies infectieuses telles que la rougeole ou la variole; certaines épidémies sont particulièrement bénignes, d'autres sont fort graves, mais quelle que soit la marche de l'affection, que le malade guérisse ou qu'il meure, vous n'aurez eu affaire, dans tous les cas, qu'à une seule et même maladie.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Opération pour l'incontinence d'urine chez les femmes. — A la séance du 25 avril dernier de la Société anglaise de Gynécologie, le Dr *William Alexander* a lu un travail dans lequel il rapportait l'observation d'une femme de théâtre qui, souvent forcée de retenir ses urines pendant trop longtemps, avait eu à la fin une paralysie du sphincter de l'urèthre. Divers traitements avaient été employés sans pouvoir empêcher cette regrettable infirmité; le Dr W. Alexander eut alors l'idée de disséquer l'urèthre et de le faire s'ouvrir dans le rectum espérant utiliser ainsi le sphincter de l'anus pour retenir les urines. A la troisième tentative il réussit enfin et la malade fut très soulagée.

Le même auteur a lu les observations de deux autres malades chez lesquelles, pour remédier à des fistules vésico-vaginales, il eut l'idée de fermer la vulve et de faire écouler l'urine dans le rectum.

Anévrysme traumatique chez un enfant de moins d'un an. — La *Indian Medical Gazette* du mois de juillet dernier rapporte un cas intéressant, sinonmême unique,d'anévrysme traumatique chez un enfant âgé de moins d'un an. La malade, une petite fille de onze mois, en jouant tomba par terre et se fit une contusion de la joue gauche suivie de la formation d'une large tumeur pulsatile du volume d'un œuf de poule. La santé de l'enfant ne souffrit nullement de cette tumeur jusqu'au jour où elle se déchira avec ses ongles la peau qui la recouvrait; des symptômes inflammatoires se montrèrent, un médecin fit appliquer des cataplasmes et finalement ponctionna la tumeur. Cette ponction fut suivie d'une hémorrhagie grave que l'on ne pouvait arrêter.

Lorsque le Dr Bosc qui rapporte le cas fut appelé près de cette enfant. elle était à peu près exsangue. On enleva le pansement et on retira les caillots ; une petite branche de la faciale, la malaire, donnait un peu de sang, on en fit la ligature. Les tissus situés sur le pourtour de la plaie étaient ramollis. Le lendemain matin l'hémorrhagie continuait encore, la tuméfaction avait gagné jusqu'à l'angle externe des paupières. On tint une consultation dans laquelle on décida de nouvelles mesures. On lia l'artère faciale, on incisa largement les tissus enflammés, on enleva tous les caillots et on pansa la plaie avec une pommade à l'acide borique. L'hémorrhagie cessa à partir de ce moment, mais l'enfant succomba le troisième jour.

A. Ch.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches cliniques sur le délire hypochondriaque, par le Dr *A. Journiac*. (Thèse de doctorat. Paris 1888, Lecrosnier et Babé, édit.)

Elève du Dr Magnan, dont il a été pendant deux ans l'interne à l'asile Sainte-Anne, le Dr Journiac ne voit, comme son maître, dans la forme délirante qu'un symptôme au-dessous duquel se trouve le terrain mental sur lequel il évolue, terrain mental que doit surtout rechercher le clinicien. Aussi, considère-t-il l'hypochondrie comme un symptôme. « C'est, dit-il, un trouble intellectuel qui porte l'individu à se préoccuper continuellement de sa santé et à attacher à ses sensations réelles ou imaginaires, une importance exagérée. » Mais ce n'est qu'un symptôme qui n'a de valeur diagnostique que par l'état mental sur lequel il se greffe.

Le plus souvent alors, il s'agit d'hypochondrie chez des dégénérés ou des déments et le Dr Journiac rapporte un grand nombre d'obser-

pourra être admise, mais jusqu'à présent pareille démonstration n'a pas encore était faite.

Dans une observation du Dr Polguère, où l'examen bactériologique a été très sérieusement pratiqué, il ne s'agissait pas de pneumonie lobaire, mais de splénisation simple ; c'était une détermination pulmonaire de la fièvre typhoïde, ce n'était pas une pneumonie lobaire.

En résumé, la pneumo-typhoïde est possible, mais son existence n'est pas encore démontrée.

Il me reste à vous parler des *pneumonies dites infectieuses*.

Dans l'esprit de ceux qui ont proposé cette dénomination, c'est une espèce de pneumonie à part, distincte de la *pneumonie commune inflammatoire*. Pour eux cette pneumonie infectieuse serait une maladie générale à détermination locale sur le poumon, comparable à la fièvre typhoïde à détermination spéciale au niveau des plaques de Payer ; pour eux elle se distinguerait complètement de la pneumonie bénigne, simple inflammation du poumon.

Je ne puis admettre cette distinction. Pour moi, la *pneumonie est une*, sans présenter toujours la même intensité, la même forme, les mêmes manifestations : il n'y a pas deux sortes de pneumonies, l'une infectieuse et l'autre non infectieuse, pas plus qu'il n'y a de classes distinctes dans les autres maladies infectieuses. Par exemple, la variole confluente, la variole discrète, la varioloïde présentent entre elles de grandes différences, mais n'en constituent pas moins une seule et même maladie ; ce ne sont pas des pyrexies distinctes. De même, la rougeole grave avec complications broncho-pneumoniques, intestinales, etc., et la rougeole simple bénigne avec très léger catarrhe ne sont pas deux affections différentes : la scarlatine maligne qui tue en deux jours, la scarlatine de moyenne intensité avec néphrite, et la scarlatinette sont toujours dues au poison scarlatineux : la nature en est identique.

Pour ces trois fièvres éruptives, du reste, la démonstration d'unité est faite. Elle a été donnée péremptoirement, expérimentalement même pour la variole. En effet, vous savez qu'avant la découverte de la vaccine, et de nos jours encore en certaines localités où la vaccine fait défaut, c'était et c'est une règle de choisir une varioloïde très discrète pour pratiquer l'inoculation aux hommes bien portants : par cette pratique on cherche à développer une variole discrète suffisante pour conférer l'immunité ; et cependant, malgré cette précaution, on a vu le virus, quoique pris sur un malade atteint de varioloïde, être le point de départ d'une variole plus grave, et même d'une variole confluente, mortelle.

Quoique la scarlatine et la rougeole ne soient point inoculables, l'unité de nature en est prouvée de par la clinique : nous avons tous

ALIBERT (*maladie d'*)......	Mycosis fongoïde.
ARAN-DUCHENNE (*mal. d'*).	Atrophie musculaire progressive.
ASTLEY-COOPER (*hernie d'*)	H. crurale à sac multilobé.
ARGYLL-ROBERTSON (*sig. d'*)	Absence du réflexe pupillaire.
BASEDOW (*maladie de*).....	Goitre exophthalmique.
BAZIN (*maladie de*)........	Psoriasis buccal.
BÉCLARD (*hernie de*)	H. à travers l'orifice de la saphène.
BELL (*paralysie de*).......	Paralysie de la 7e paire.
BELL (*spasme de*).........	Tic convulsif de la face.
BERGERON (*maladie de*)....	Chorée rythmique localisée.
BOUDIN (*loi de*)...........	Antagonisme de l'impaludisme et de la tuberculose.
BOYER (*kyste de*)	Kyste sous-hyoïdien.
BRIGHT (*mal de*)..........	Néphrite albumineuse.
BROWN-SÉQUARD (*syndrome de*)	Hémiparaplégie avec hémianesthésie du côté opposé.
CAZENAVE (*lupus de*)	Lupus érythémateux.
CHARCOT (*maladie de*)	Arthropathie des ataxiques.
CHARCOT (*maladie de*).....	Sclérose latérale amyotrophique.
CHEYNES-STOKES (*resp. de*).	Respiration urémique.
CLOQUET (*hernie de*)	H. pectinéale.
COLLES (*fracture de*)	Fr. de l'extrémité inférieure du radius.
COLLES (*loi de*)...........	Non-infection de la mère par son enfant syphilitique.
CORRIGAN (*maladie de*)....	Insuffisance aortique.
CORVISART (*faciès de*).. ...	Facies asystolique.
CRUVEILHIER (*maladie de*)..	Ulcère simple de l'estomac.
DONDERS (*glaucome de*)	Gl. simple atrophique.
DRESSLER (*maladie de*)....	Hémoglobinurie paroxystique.
DUBINI (*maladie de*).... ..	Chorée électrique.
DUCHENNE (*maladie de*)....	Ataxie locomotrice.
DUCHENNE (*paralysie de*)...	Paralysie pseudo-hypertrophiq.
DUHRING (*maladie de*).....	Dermatite herpétiforme.
DUPUYTREN (*hydrocèle de*).	H. en bissac.
DUPUYTREN (*maladie de*)..	Rétraction de l'aponévrose palmaire.
E. WILSON (*maladie d'*) ...	Dermatite exfoliatrice généralisée.
EICHSTEDT (*maladie d'*)....	Pityriasis versicolor.
ERB (*paralysie d'*)........	P. radiculaire du plexus brachial

Erb-Charcot (*maladie d'*)..	Tabes dorsal spasmodique.
Fouchard (*maladie de*)....	Périostite alvéolo-dentaire.
Friedreich (*maladie de*)...	Ataxie locomotrice héréditaire.
Gerlier (*maladie de*)	Vertige paralysant.
Gibert (*pityriasis de*)	P. rosé.
Gibbon (*hydrocèle de*).....	H. avec hernie volumineuse.
G. de La Tourette (*maladie de*)...............	Incoordination motrice avec écholalie et coprolalie.
Goyrand (*hernie de*)... ..	H. inguino-interstitielle.
Graves (*maladie de*)......	Goitre exophthalmique.
Græfe (*signe de*).........	Dissociation des mouvements du globe de l'œil et de la paupière supérieure.
Guyon (*signe de*).........	Ballottement rénal.
Harley (*maladie de*).....	Hémoglobinurie paroxystique.
Heberden (*rhum. de*).....	Rh. des petites jointures avec nodosités.
Hebra (*maladie de*).......	Érythème polymorphe.
Hebra (*pityriasis de*)......	P. rubra chronique.
Hebra (*prurigo de*).......	Pr. vrai idiopathique.
Henoch (*purpura de*)	P. avec symptômes intestinaux.
Heselbach (*hernie de*),. ..	H. crurale à sac multilobé.
Hippocrate (*facies de*)....	Facies agonique.
Hodgkin (*maladie de*).....	Adénie.
Hogdson (*maladie de*).....	Athérome de l'aorte.
Huguier (*maladie de*).....	Fibro-myômes utérins.
Hutchinson (*dent de*)	Dent syphilitique (échancrure semi-lunaire du bord libre).
Hutchinson (*triade de*)....	Echancrure dentaire, kératite interstitielle, otite (syphilis hérédit.).
Jacob (*ulcère de*)	Ulcère cancroïdal.
Jacksonnienne (*épilepsie*)..	Ep. partielle.
Kaposi (*maladie de*).......	Xeroderma pigmentosum.
Kopp (*asthme de*)....... ..	A. thymique ; spasme de la glotte.
Kronlein (*hernie de*)	H. inguino-propéritonéale.
Laennec (*cirrhose de*).....	C. atrophique.
Landry (*maladie de*)......	Paralysie ascendante aiguë.
Laugier (*hernie de*).......	H. à travers le ligament de Gimbernat.
Leber (*maladie de*).......	Atrophie optique héréditaire.

Levret (*loi de*)...........	Insertion marginale du cordon avec placenta prævia.
Littré (*hernie de*)........	H. diverticulaire.
Ludwig (*angine de*).......	Phlegmon sus-hyoïdien infect.
Malassez (*maladie de*)....	M. kystique du testicule.
Ménière (*maladie de*).....	Vertige labyrinthique.
Millar (*asthme de*).......	Laryngite striduleuse.
Morand (*pied de*).........	P. à huit orteils.
Morvan (*maladie de*).....	Parésie analgésique des extrémités.
Parrot (*maladie de*)......	Pseudo-paralysie syphilitique.
Parrot (*signe de*)........	Dilatation de la pupille par pincement de la peau (méningite)
Paget (*maladie de*).......	Eczéma précancéreux du mamelon.
Paget (*maladie de*).......	Ostéite déformante hypertrophique.
Parkinson (*maladie de*)...	Paralysie agitante.
Parry (*maladie de*)......	Goitre exophtalmique.
Pavy (*maladie de*)........	Albuminurie intermittente.
Petit (*hernie de J.-L.*)....	H. lombaire.
Pott (*anévrysme de*)......	An. par anastomose.
Pott (*fracture de*).........	Fr. du péroné, par divulsion.
Pott (*mal de*)............	Ostéite vertébrale.
Raynaud (*maladie de*).....	Asphyxie symétrique des extrémités.
Reclus (*maladie de*)......	Maladie kystique de la mamelle.
Richter (*hernie de*).......	Entérocèle pariétale.
Rivolta (*maladie de*).....	Actinomycose.
Romberg (*signe de*).......	Vacillation des ataxiques dans l'obscurité.
Romberg (*trophonévr. de*)	Hémiatrophie faciale.
Rosenbach (*signe de*).....	Abolition du réflexe abdominal.
Salaam (*tic de*)...........	Salutation convulsive.
Sœmisch (*ulcère de*)......	Ul. infectieux de la cornée.
Storck (*blennorrhée de*) ..	Bl. des voies respiratoires supérieures.
Stokes (*loi de*)...........	Paralysie des muscles s.-jacents aux séreuses et aux muqueuses enflammées.
Sydenham (*chorée de*).....	Ch. vulgaire.
Thomsen (*maladie de*).....	Spasme musculaire au début des mouvements volontaires.

Tornwald (*maladie de*)...	Inflammation de la glande pharyngienne de Luschka.
Velpeau (*hernie de*)......	H. crurale en avant des vaisseaux.
Volkmann (*difformité de*).	Luxation congénitale tibio-tarsienne.
Wardrop (*maladie de*)....	Onyxis malin.
Weil (*maladie de*).......	Typhus abortif avec ictère.
Wels (*facies de Sp.*)......	Facies ovarien.
Werlhoff (*maladie de*)..	Purpura hemorrhagica.
Westphal (*signe de*)......	Abolition du réflexe rotulien.
Willan (*lupus de*).......	L. à forme tuberculeuse.
Winckel (*maladie de*)....	Cyanose pernicieuse des nouveau-nés.

NÉCROLOGIE

Le Dr Guieysse (Eugène), médecin du Chemin de fer du Nord, mort d'une maladie de cœur.

Le Dr Saint-Colin, médecin-major à Auxonne.

Le Dr Finot (Louis-Victor-Amédée), ancien président de la Société médicale du IXe arrondissement et de la Société médico-pratique, décédé le 12 octobre, à l'âge de 64 ans.

NOUVELLES

Hopitaux de Paris.— *Concours de l'internat en médecine.* — La composition écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le 19 octobre, à midi, dans la salle Saint-Maurice de l'Hôtel-Dieu annexe (bâtiments de l'ancien Hôtel-Dieu, entrée rue de la Bucherie, 31).

La lecture des copies sera faite, comme par le passé, dans l'Amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria.

L'Administration porte, en outre, à la connaissance de MM. les candidats que le nombre des places d'interne à mettre au concours pour l'année 1889, est invariablement fixé à 46.

Hopitaux de Paris. — *Concours d'externat.* — Le jury du concours de l'externat vient d'être tiré. Il se compose de MM. Gaucher, Ballet, Hirtz, Champetier, Picqué, Reynier, sauf modifications ultérieures.

Faculté de médecine de Paris. — La commission du budget vient de repousser le crédit demandé pour la création d'une deuxième chaire de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris.

Elle a également réduit de 200,000 francs le crédit affecté aux bibliothèques et collections des Facultés de médecine.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Par arrêtés ministériels en date 11 octobre 1888, des concours s'ouvriront à la Faculté de médecine Nancy ;

1° Le 1[er] juin 1889, pour l'emploi de suppléant des chaires de phy que et de chimie, à l'Ecole de médecine de Reims ;

2° Le 6 juin 1889, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'his naturelle à ladite Ecole.

LAICISATION DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS. — L'administration de sistance publique a notifié à la supérieure des Augustines de l'hô Saint-Louis l'arrêté du préfet de la Seine, relatif à leur remplace par des laïques à la date du 1[er] décembre.

MÉDECIN SÉNATEUR. — M. le Dr Donnet, de Limoges, ancien député, été élu hier sénateur du département de la Haute-Vienne.

L'INCINÉRATION DES IMMONDICES EN AMÉRIQUE. — On vient de con truire, à Chicago, un nouveau crématoire, destiné à l'incinération ordures. Jusqu'ici un seul four a été terminé, en vue de détruire contenu de vingt voitures ; mais il faudra encore quelque temps a que cette opération soit terminée. Le crématoire est situé à l'ouest de ville, dans une carrière de pierres, et le sommet est juste au niveau la rue. Les wagons déversent leur contenu à sa partie supérieure ; il transporté sur des planchers d'où il est poussé dans les portes du fo puis tombe sur des grilles au-dessus desquelles passe la flamme. Les cendres tombent au-dessous des grilles, dans ces récipients. L'incinéra tion se fait très rapidement ; on brûle les ordures de toute sorte, espère que les autres fours seront bientôt construits et qu'ainsi tout les immondices de la ville seront consumées. Le prix du four est 10.000 dollars.

De même à Malwaukee, on a adopté l'incinération pour se débarrass des ordures. Depuis plus de 5 à 6 mois, ce système fonctionne, et cha jour les immondices sont consumées. La commission d'hygiène de ville réclame l'honneur d'avoir été la première à adopter ces dispositi On a consumé 40,215 livres d'ordures, qui ont donné 5,600 livres cendres, soit 4,3 p. 100 : au printemps le four crématoire ne fonction que 8 à 10 heures par jour. (*Bull. méd.*)

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, succ
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

TORNWALD (*maladie de*) ... Inflammation de la glande pharyngienne de Luschka.
VELPEAU (*hernie de*) ...... H. crurale en avant des vaisseaux.
VOLKMANN (*difformité de*) . Luxation congénitale tibio-tarsienne.
WARDROP (*maladie de*).... Onyxis malin.
WEIL (*maladie de*)........ Typhus abortif avec ictère.
WELS (*facies de Sp.*)...... Facies ovarien.
WERLHOFF (*maladie de*) .. Purpura hemorrhagica.
WESTPHAL (*signe de*)...... Abolition du réflexe rotulien.
WILLAN (*lupus de*) .... L. à forme tuberculeuse.
WINCKEL (*maladie de*).... Cyanose pernicieuse des nouveau-nés.

NÉCROLOGIE

Le Dr GUIEYSSE (Eugène), médecin du Chemin de fer du Nord, mort d'une maladie de cœur.

Le Dr SAINT-COLIN, médecin-major à Auxonne.

Le Dr FINOT (Louis-Victor-Amédée), ancien président de la Société médicale du IXe arrondissement et de la Société médico-pratique, décédé le 12 octobre, à l'âge de 64 ans.

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS.— *Concours de l'internat en médecine.* — La composition écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le 19 octobre, à midi, dans la salle Saint-Maurice de l'Hôtel-Dieu annexe (bâtiments de l'ancien Hôtel-Dieu, entrée rue de la Bucherie, 31).

La lecture des copies sera faite, comme par le passé, dans l'Amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria.

L'Administration porte, en outre, à la connaissance de MM. les candidats que le nombre des places d'interne à mettre au concours pour l'année 1889, est invariablement fixé à 46.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours d'externat.* — Le jury du concours de l'externat vient d'être tiré. Il se compose de MM. Gaucher, Ballet, Hirtz, Champetier, Picqué, Reynier, sauf modifications ultérieures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La commission du budget vient de repousser le crédit demandé pour la création d'une deuxième chaire de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris.

Elle a également réduit de 200,000 francs le crédit affecté aux bibliothèques et collections des Facultés de médecine.

M. Léon Labbé défend également la méthode des injections intraveineuses, assez malmenée dans cette séance; il pense même que M. Oré (de Bordeaux) a rendu un très grand service lorsqu'il a fait connaître les injections de chloral dans les veines des malades atteints de choléra.

Au début de cette séance, à propos du procès-verbal, M. Charpentier avait fait connaître les recherches de divers auteurs sur la procréation de l'un ou l'autre sexe. Les résultats ne sont assurément point concluants, mais ceux qui voudront tenter l'épreuve auront au moins différents jalons pour se guider dans cette délicate étude.

Signalons enfin un travail de M. de Valurot (de Cannes) qui trouve naturellement que le meilleur mode de traitement pour les malades atteints de scrofule et de tuberculose c'est le séjour sur les bords de la Méditerranée. A. CH.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Les médecins juifs au moyen-âge.

Par le Dr F. B. STEPHENSON.
Médecin de la marine des Etats-Unis,
Membre de la Société d'anthropologie de Paris.

De publications récentes (Münz, Hosmer), il ressort que les monastères n'étaient pas les seules écoles qui aient pu transmettre aux temps modernes l'héritage de la haute éducation des Grecs et des Arabes. Le travail des Juifs dans cette direction est surtout frappant à cause de l'ostracisme social et politique dont ils ont été l'objet. Cependant la dignité de leur vie, la valeur de leur intelligence ne pouvaient être ignorées des personnes instruites et dans aucune profession libérale ils n'ont mieux mérité la réputation et la reconnaissance des Gentils que dans la médecine. Les questions théologiques disparaissent lorsque les intérêts matériels sont en jeu. Papes et princes n'hésitaient pas à suivre les conseils des médecins israélites. Les pauvres n'étaient pas négligés par eux. Ils leur servaient d'instructeurs. L'Orient et l'Occident les ont honorés comme hommes et praticiens. Non seulement cette race a produit une proportion inaccoutumée de bons chirurgiens pour les opérations ordinaires, mais c'est par eux que, à la Renaissance, la médecine s'est relevée pour montrer la voie aux sciences physiques en général. Nous ferons ressortir parmi eux quelques figures particulièrement saillantes.

Isaac Israëli (mort en 950) fut un praticien rénovateur et son livre: « De Diatetica » publié chez les Arabes, a encore aujourd'hui une

valeur réelle. Il vécut jusqu'à l'âge de 110 ans et lorsqu'on lui demandait pourquoi il ne s'était pas marié, il répondait : « J'ai écrit quatre livres qui sauvegarderont ma mémoire mieux que des enfants ».

Maimonides, dans sa lettre au luxurieux sultan d'Egypte, en lui donnant des prescription pour son corps, ose lui conseiller d'avoir une vie rationnelle.

Un ambitieux enfant d'Israël, médecin fameux cependant, se fit Mahométan ; mais cette conversion ne lui apporta pas la réputation qu'il désirait dans une race hostile à ceux de sa religion d'origine ; ses derniers jours ne furent pas tranquilles. Un autre médecin instruit devint médecin du grand Khan, à Bagdad, et il usa de son pouvoir pour faire avancer toutes les branches de la science ; cependant l'envie et la jalousie provoquèrent sa chute. La haine populaire contre cette race fut alors la cause de la mort de plusieurs milliers d'entre eux (1291) ; la jalousie comme de nos jours, en fut le motif apparent. Les médecins connaissaient généralement mieux l'astrologie et la magie que l'art de guérir, et même les Juifs essayèrent de conduire les hommes d'après la position des étoiles.

Les Israélites qui exerçaient parmi les Arabes d'Espagne firent beaucoup pour conserver et transmettre à l'Europe centrale et à l'Europe occidentale les leçons médicales des anciens Grecs et des Romains, bien qu'ils semblent n'avoir apporté jusqu'ici que très peu de progrès dans l'étude de la physiologie normale ou pathologique. Les chrétiens contemporains de la péninsule, malgré leur esprit catholique, n'estimaient pas moins les savants fils de David que leurs cousins maures. En même temps le peuple persécute les juifs pour des raisons à la fois religieuses et économiques. Un chirurgien lettré persuadait à Jean II de Portugal de ne rien accorder à Colomb lorsqu'il demandait des vaisseaux pour son voyage de découverte.

Cohen et Halen sont des noms fameux pour leur science et leur vertu.

Vers la fin du quinzième siècle, une sombre tragédie chasse les Israélites et avec eux les médecins d'Espagne et de Portugal, de sorte que ceux qui, à cette époque avaient besoin d'un chirurgien, étaient obligés de s'adresser aux charlatans et aux imposteurs, ou bien ils se trouvaient obligés d'accomplir à grands frais de très longs voyages.

Dans l'Europe centrale, on sait (d'après Livius Fürst) que de Charlemagne à François Ier (qui demanda à Charles-Quint de lui envoyer un médecin israélite) tous les princes régnants avaient à leur service un médecin israélite. Celui de Charles-le-Mauvais s'était

fait un tel nom par la magie et la sorcellerie, que la rumeur publique l'accusait d'avoir avalé une voiture chargée de foin, avec l'attelage et le conducteur. Bien que moins avancés et moins progressistes que les israélites d'Espagne, ceux d'Allemagne étaient considérés comme instruits relativement à leurs collègues chrétiens, qui connaissaient peu la thérapeutique et étaient voués à l'ignorance et à la superstition.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 *octobre* 1888. — *Présidence de* M. Hérard.

La correspondance comprend : 1° une lettre du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts portant ampliation du décret qui autorise l'Académie à accepter le legs Tremblay ; 2° un rapport de M. le Dr Subert, conservateur du vaccin dans le département de la Nièvre sur le service de la vaccine dans ce département en 1887 ; 3° une lettre de M. Duboué, correspondant de l'Académie à Pau, qui prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté ; 4° une lettre de M. Doléris qui prie l'Académie de le comprendre parmi les candidats à la place vacante dans la section d'accouchements, maladies des femmes et des enfants.

De la procréation des sexes — M. *Charpentier*, à propos du procès-verbal, ajoute quelques chiffres à ceux déjà cités par M. Lagneau. D'un grand nombre de recherches citées par M. Charpentier, il résulte que l'on n'a, à l'heure actuelle, aucune donnée précise sur les causes qui déterminent la création de tel ou tel sexe. La seule chose vraisemblable, c'est qu'il existe un certain nombre de causes qui agissent par leur réunion et qu'il ne faut les chercher exclusivement ni dans l'ovule ni dans les spermatozoïdes, mais que le sexe est déterminé par l'action réciproque de ces deux éléments, du fait de la conception.

Il semble pourtant que l'âge absolu ou relatif des parents donne une certaine influence sur la production du sexe de l'embryon, de même que le degré plus ou moins prononcé de la vigueur sexuelle du père ainsi que le moment où l'œuf a été fécondé après son expulsion de l'ovaire.

Ainsi, il paraît assez nettement établi que quand l'homme est de 10 ans au moins plus âgé que la femme et que celle-ci se trouve à l'âge de sa plus forte activité reproductrice, il naît plus de garçons que de filles. De plus, le facteur fécondant qui est le plus énergique

au point de vue du sexe, possède la propriété d'engendrer plus d'individus de son propre sexe

Enfin, le coït pratiqué tardivement après la menstruation (8 jours au minimum) favorise la production des garçons

En un mot, il semble que le sexe tient à la qualité mâle ou femelle de l'ovule. Les ovules mâles seraient plus nombreux et plus aptes à être fécondés dans le jeune âge et dans un âge avancé. C'est au contraire pendant la période de pleine floraison de la femme, que les ovules femelles se trouveraient plus nombreux et plus aptes à être fécondés, et à ce moment la femme imposerait son sexe.

M. *Lagneau*. Relativement à l'influence des âges relatifs des conjoints sur la sexualité des produits, les faits signalés par M. Charpentier corroborent ceux observés antérieurement chez les animaux, par Girou de Buzareingues et quelques autres éleveurs d'animaux domestiques, et chez les humains par Sadler, Hofasker, Baudin, Pappenheim et Bertillon père. Le conjoint plus âgé et plus vigoureux que l'autre conjoint semble avoir une influence prédominante sur le sexe des produits.

De la curabilité de la scrofule et de la tuberculose osseuse par les bains de mer en hiver. — M. *de Valcourt* (de Cannes) lit un travail d'où il conclut que pour obtenir la guérison rapide de la scrofule, il faut, outre l'intervention chirurgicale, rechercher les meilleures conditions hygiéniques, savoir le grand air, le soleil et les bains de mer, surtout en hiver, et que c'est sur le bord de la Méditerranée qu'on trouve toutes ces conditions réunies.

L'alcool et sa toxicité. — M. *Laborde* continue la communication qu'il a commencée dans une des précédentes séances et répond d'abord aux critiques que M. Dujardin-Beaumetz a dirigées contre ses procédés d'investigation. M. Laborde commence ensuite l'étude expérimentale de l'essence de noyau.

La liqueur de noyau renferme 5 grammes d'essence ou de bouquet par litre et ce bouquet se compose d'une petite quantité de benzonitrile et d'aldéhyde benzoïque qui donnent à la liqueur l'odeur d'amandes amères. M. Laborde étudie ces deux substances isolément, mais il fait connaître d'abord l'action d'ailleurs fortement toxique du produit complexe.

Dans deux expériences faites sur des chiens, les principaux symptômes observés ont été la raideur tétanique généralisée et l'arrêt de la respiration, alors que le cœur continuait à battre pendant quelques minutes. Dans un cas, M. Laborde avait procédé par injections intra-veineuses, dans l'autre par injection stomacale. Dans les deux cas, les phénomènes ont été exactement les mêmes, la différence n'a porté que sur la rapidité de leur production et de la mort.

L'auteur étudie les effets toxiques à la suite d'absorption pulmonaire des produits volatils, il raconte les accidents qu'il a éprouvés lui-même et qui l'ont mis dans un état de malaise considérable pendant plus d'un an.

M. *Dujardin-Beaumetz* applaudit aux conclusions de M. Laborde, il ne diffère avec lui que sur un point, c'est sur la technique expérimentale. Cela n'a rien à faire avec l'expérience. M. Laborde se sert de l'injection intra-veineuse, ce qui est pour moi un procédé mauvais dans la plupart des cas pour juger la valeur toxique du produit à expérimenter. L'introduction directe d'une substance dans le sang ne permet de juger ni de sa valeur thérapeutique ni de sa valeur toxique. Supposons que nous ne connaissions pas les propriétés des sels de soude et de magnésie. Si un expérimentateur étudiait ces substances par les injections intra-veineuses, il en conclurait que la dose toxique est de 20 grammes pour les sels de soude, de 6 grammes pour les sels de magnésie et 2 grammes pour les sels de potasse.

Il conclurait que les sels de soude sont seuls à employer, et que les sels de magnésie et de potasse sont des toxiques pour l'économie.

Voici un autre exemple, déjà cité à cette tribune par M. Sée. Prenons l'iodure de potassium. Introduit dans le sang la dose toxique serait de 25 grammes pour l'homme. Or il n'en est rien, puisqu'on a pu donner l'iodure de potassium jusqu'à 30 grammes. On n'a pas encore démontré que lorsqu'on introduit un médicament directement dans le sang, ce médicament ne modifie pas le sang lui-même.

M. Oré, de Bordeaux, a essayé les injections de chloral dans les veines, les malades en sont morts pour la plupart et le procédé a été vite abandonné.

Il faut donc se servir de la voie sous-cutanée ou de la voie pulmonaire et de la voie stomacale lorsqu'on veut juger de l'action d'un médicament.

Quant à l'action même des substances expérimentées par M. Laborde, j'ai trouvé beaucoup plus souvent la description donnée par M. Lancereaux que celle donnée par M. Magnan chez les malades atteints d'absinthisme aigu.

M. *Laborde*. M. Dujardin-Beaumetz se trompe lorsqu'il confond le procédé employé par l'expérimentateur avec les résultats mêmes de l'expérience. Il faudrait être bien novice pour injecter dans les veines des substances qui auraient une action directe sur le sang. On n'injecte dans le sang que des substances qui finissent par arriver en nature dans le sang. Les expérimentateurs agissent ainsi parce qu'ils sont très pressés et qu'ils ne peuvent attendre comme les cliniciens.

L'expérience relative aux sels de soude, de magnésie et de potasse

était déjà connu, c'est précisément ainsi que l'on a découvert la toxicité des sels de potasse. Les exemples ont été mal choisis.

Quant à l'exemple du chloral, le chloral injecté dans les veines peut avoir du danger, mais pas toujours. Le chloral injecté ainsi a une action sur les centres nerveux, sur le bulbe, mais il n'a aucune action sur le sang.

M. Laborde a employé d'ailleurs tous les procédés; nous avons donc la comparaison. Les résultats ne sont entachés d'aucune espèce d'infériorité relativement aux procédés.

M. *Lancereaux.* N'ayant pas expérimenté sur les animaux, je ne critiquerai pas les procédés de M. Laborde ; mais ayant observé l'alcoolisme depuis assez longtemps, il y a des phénomènes que je n'ai jamais mis sur le compte de l'alcoolisme comme l'athérome généralisé et les lésions rénales, que tout le monde y met. Chez l'homme M. Lancereau n'a jamais vu un cas d'épilepsie qu'on pût rattacher à l'alcoolisme, sauf le cas de lésions artérielles des centres nerveux. L'alcool ne provoque jamais chez l'homme d'accidents convulsifs. Il en est autrement de l'absinthe, mais les convulsions provoquées par l'absinthe ne ressemblent pas à des attaques d'épilepsie. Un garçon de pharmacie, observé par M. Lancereaux, qui venait de boire de l'essence d'absinthe, avait des convulsions absolument semblables à celles d'une attaque d'hystérie. J'ai vu un second fait du même genre. Il m'est arrivé de voir dans les hôpitaux des malades qui avaient bu de nombreux verres d'absinthe ; dans tous les cas les convulsions ressemblaient à celles de l'hystérie, jamais à celles de l'épilepsie.

Dans les cas chroniques, lorsqu'il y a des lésions matérielles, et dans ces cas seulement, on peut observer des attaques semblables à celles de l'épilepsie.

M. *Bouchard.* Je désire dire deux mots en faveur des injections intra-veineuses, cela au point de vue expérimental, mais non au point de vue de la thérapeutique. Personne n'a plus recours aux injections intra-veineuses dans la thérapeutique, mais ces injections peuvent servir au point de vue expérimental; c'est un moyen précieux d'étude des médicaments, c'est le seul moyen capable de nous renseigner sur les effets physiologiques des médicaments. Toutes les autres voies d'introduction laissent indécis. On ne sait pas ce qui agit quand on donne un médicament par la voie stomacale; on ne sait pas quelle est la quantité du médicament absorbé, quelle est la quantité arrêtée dans le foie, quelle est la quantité éliminée. On ne sait donc pas ce qui agit; on sait seulement quelle est la quantité que l'on a donnée. Il en est de même pour les injections sous-cutanées.

Au contraire, avec les injections intra-veineuses, quand la mort

arrive sous l'influence des médicaments, on peut dire que c'est à cause de la dose injectée dans le sang Ce que nous voudrions savoir de plus, c'est la dose du médicament contenue dans les cellules qui amène la mort. Mais c'est quelque chose de savoir la dose introduite dans la circulation.

Quand la dose toxique peut être déterminée à un centigramme près, pourquoi se priver de ce moyen de renseignement.

Toutes les fois que nous faisons de la thérapeutique, nous manions des médicaments sachant bien que ce sont des poisons. Ce qu'il est important de savoir c'est la dose à laquelle ces médicaments sont toxiques et les injections intra-veineuses seules peuvent nous donner ces renseignements. On ne peut apprécier cette dose mortelle de médicaments que par cette méthode d'exploration.

M. Laborde dit que l'alcool éthylique pur produit toujours les mêmes effets quelle que soit sa provenance, mais on est difficilement sûr de la pureté de son alcool. Les injections intra-veineuses sont un bien meilleur moyen d'analyser ces produits que l'analyse chronique elle-même. Il est très important de déterminer ces alcools toxiques et la dose à laquelle ils sont toxiques.

Quand on empoisonne par l'estomac, l'empoisonnement ne se produit que lorsque la dose toxique est arrivée dans le sang.

M. *Laborde*. Des cas d'épilepsie absinthique ont été très nettement observés, ils varient d'après les prédispositions du malade.

M. *Léon Labbé* s'est trouvé très bien des injections intra-veineuses dans les cas de tétanos. Les recherches de M. Oré ont une importance capitale, on ne peut trouver aucune observation dans laquelle toutes les précautions étant prises, il y ait eu d'accidents malgré l'absence de l'antisepsie à cette époque.

A 4 heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 *octobre* 1888. — Présidence de M. Siredey.

Folliculites décolorantes. — M. *Brocq* envisage un groupe assez restreint de faits caractérisés : 1° par un processus inflammatoire folliculaire et périfolliculaire; 2° par une destruction de la papille pileuse entraînant une alopécie définitive; 3° par une tendance des lésions à se systématiser et à se grouper.

Au point de vue purement clinique et objectif, M. Brocq en distingue trois principales variétés : 1° *la pseudo-pelade*, décrite par lui en 1885, dans laquelle le processus inflammatoire folliculaire et péri-

folliculaire n'est caractérisé que par une rougeur modérée et une légère tuméfaction du cuir chevelu et laisse le cuir chevelu alopécique avec un aspect d'un blanc mat, peu ou point cicatriciel; 2° *la folliculite parasitaire atrophiante épilante aiguë de M. Quinquaud* dans laquelle les folliculites suppurées restent distinctes les unes des autres et aboutissent à une cicatrice lisse et simple; 3° *le sycosis lupoïde* où les lésions présentent une masse inflammatoire rouge pustuleuse, croûteuse et squameuse avec épaississement et infiltration des tissus et où les lésions s'étendent périphériquement, laissant au centre un tissu cicatriciel irrégulier, induré, presque kéloïdien. A ce dernier groupe de faits, on pourrait rattacher l'affection connue à Saint-Louis sous le nom d'acné kéloïdienne ou de sycosis kéloïdien de la nuque.

PLEURÉSIE HÉMORRHAGIQUE PRIMITIVE. — M. *Troisier* résume l'observation d'un homme de 24 ans qui, il y a deux ans, fut pris brusquement d'une pleurésie droite accompagnée de phénomènes généraux graves comme une maladie infectieuse. La thoracentèse, devenue rapidement urgente, donna issue à un litre de liquide franchement sanguinolent et très fibrineux. Le reste du liquide se résorba et au bout de trois semaines, le malade était complètement guéri ; aujourd'hui, il est toujours bien portant. La rapidité de l'évolution et la guérison définitive ne permettant pas d'admettre une pleurésie ni cancéreuse, ni tuberculeuse, M. Troisier voit dans ce fait un cas de pleurésie fibrineuse hémorrhagique primitive indiquée par M. R. Moutard-Martin.

M. *Féréol* rappelle l'observation qu'il a communiquée autrefois et où un malade, atteint de cirrhose atrophique du foie, fut pris d'une pleurésie gauche hémorrhagique ; il a guéri de sa cirrhose et de sa pleurésie après deux ponctions pour chaque cavité. Depuis trois ans, il vit encore. Le liquide retiré de la plèvre, transparent, d'un rouge presque noir, ne contenait pas de globules sanguins, mais seulement des cristaux d'hématine. N'était-ce point plutôt un hémothorax qu'une pleurésie hémorrhagique ?

M. *R. Moutard-Martin* est de cet avis. Quant au fait de M. Troisier, il n'a pas pu observer anatomiquement un seul fait de pleurésie fibrineuse hémorrhagique, c'est donc une simple vue de l'esprit que d'admettre ou non des néomembranes, d'autant plus que d'après les expériences de Vulpian sur le chien, les néomembranes sont vasculaires au bout de 48 heures.

RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE. — M. *Debove* pense que la laparotomie, si conseillée actuellement par les chirurgiens, doit être réservée pour les cas extrêmes. Il apporte deux faits où la ponction évacuatrice suivie d'injection de sublimé ou

2° Chimie et toxicologie. — Paris, 2; Nancy, 1 place d'agrégé.

Section d'histoire naturelle et de pharmacie :

1° Histoire naturelle. — Paris, 2; Nancy, 1.

2° Pharmacie. — Paris, 1; Nancy, 1.

Soit ensemble, 9 places d'agrégés dont 6 pour Paris et 3 pour Nancy.

Ces concours s'ouvriront à Paris :

Le 17 février 1889 pour la section de physique, chimie et toxicologie.

Le 1er mai 1889 pour la section d'histoire naturelle et de pharmacie.

En exécution des dispositions de l'arrêté du 28 juillet 1868 et du rapport qui le précède (arrêté et rapport insérés au *Journal officiel* du 1er août) :

Des deux agrégés de chimie et toxicologie institués, à la suite du concours pour l'Ecole de pharmacie de Paris, le premier restera en exercice pendant dix ans, le second pendant cinq ans.

L'agrégé de chimie et toxicologie institué pour l'Ecole de pharmacie de Nancy restera en exercice pendant cinq ans.

Des deux agrégés d'histoire naturelle institués pour l'Ecole de pharmacie de Paris, le premier restera en exercice pendant dix ans, le second pendant cinq ans.

Les conditions à remplir pour être admis à concourir sont d'être Français ou naturalisé Français, âgé de vingt-cinq ans accomplis et pourvu du diplôme de docteur ès-sciences physiques ou naturelles et de celui de pharmacien de 1re classe ou du diplôme supérieur de pharmacien de 1re classe.

Des dispenses d'âge peuvent être accordées par le ministre.

Les candidats se font inscrire au secrétariat des diverses académies où ils résident, deux mois au moins avant l'ouverture du concours.

Ils doivent produire, pour la constatation de l'accomplissement des conditions ci-dessus mentionnées :

1° Une copie légalisée de leur acte de naissance;

2° Leur diplôme de docteur ès-sciences physiques ou naturelles et celui de pharmacien de 1re classe ou leur diplôme supérieur de pharmacien de 1re classe.

A ces pièces, ils devront joindre l'indication de leurs services et de leurs travaux et un exemplaire de chacun des ouvrages ou mémoires qu'ils ont publiés.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

était déjà connu, c'est précisément ainsi que l'on a découvert la toxicité des sels de potasse. Les exemples ont été mal choisis.

Quant à l'exemple du chloral, le chloral injecté dans les veines peut avoir du danger, mais pas toujours. Le chloral injecté ainsi a une action sur les centres nerveux, sur le bulbe, mais il n'a aucune action sur le sang.

M. Laborde a employé d'ailleurs tous les procédés; nous avons donc la comparaison. Les résultats ne sont entachés d'aucune espèce d'infériorité relativement aux procédés.

M. *Lancereaux*. N'ayant pas expérimenté sur les animaux, je ne critiquerai pas les procédés de M. Laborde ; mais ayant observé l'alcoolisme depuis assez longtemps, il y a des phénomènes que je n'ai jamais mis sur le compte de l'alcoolisme comme l'athérome généralisé et les lésions rénales, que tout le monde y met. Chez l'homme M. Lancereau n'a jamais vu un cas d'épilepsie qu'on pût rattacher à l'alcoolisme, sauf le cas de lésions artérielles des centres nerveux. L'alcool ne provoque jamais chez l'homme d'accidents convulsifs. Il en est autrement de l'absinthe, mais les convulsions provoquées par l'absinthe ne ressemblent pas à des attaques d'épilepsie. Un garçon de pharmacie, observé par M. Lancereaux, qui venait de boire de l'essence d'absinthe, avait des convulsions absolument semblables à celles d'une attaque d'hystérie. J'ai vu un second fait du même genre. Il m'est arrivé de voir dans les hôpitaux des malades qui avaient bu de nombreux verres d'absinthe ; dans tous les cas les convulsions ressemblaient à celles de l'hystérie, jamais à celles de l'épilepsie.

Dans les cas chroniques, lorsqu'il y a des lésions matérielles, et dans ces cas seulement, on peut observer des attaques semblables à celles de l'épilepsie.

M. *Bouchard*. Je désire dire deux mots en faveur des injections intra-veineuses, cela au point de vue expérimental, mais non au point de vue de la thérapeutique. Personne n'a plus recours aux injections intra-veineuses dans la thérapeutique, mais ces injections peuvent servir au point de vue expérimental; c'est un moyen précieux d'étude des médicaments, c'est le seul moyen capable de nous renseigner sur les effets physiologiques des médicaments. Toutes les autres voies d'introduction laissent indécis. On ne sait pas ce qui agit quand on donne un médicament par la voie stomacale ; on ne sait pas quelle est la quantité du médicament absorbé, quelle est la quantité arrêtée dans le foie, quelle est la quantité éliminée. On ne sait donc pas ce qui agit; on sait seulement quelle est la quantité que l'on a donnée. Il en est de même pour les injections sous-cutanées.

Au contraire, avec les injections intra-veineuses, quand la mort

[...]QUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 123. SAMEDI 20 OCTOBRE 1888.

LA

[F]RANCE MÉDICALE

[BU]REAUX
[On s']abonne chez
[DELAHAYE et LECRO]SNIER et BABÉ
Place
[de l'Écol]e-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET — [Professeu]r de clinique chirurgicale, [Membre de] l'Académie de médecine.
MICHEL PETER — Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.
DAMASCHINO — Professeur de pathologie médicale, Médecin des hôpitaux.
P. BERGER — [Professe]ur agrégé à la Faculté, [Chir]urgien des hôpitaux.
E. BOTTENTUIT — Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.
F. LABADIE-LAGRAVE — Médecin des hôpitaux.

[SE]CRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

[Adresser tout] ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 19, rue de Castellane.
[Les ouvr]ages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

de sulfate de cuivre a donné un résultat des plus favorables. M. Debove préfère le sublimé, parce que dans le liquide hydatique il n'y a pas d'albumine et qu'on ne peut produire d'albuminate de mercure. Une série de faits analogues observés en France et à l'étranger viennent à l'appui de l'idée de M. Debove qui s'élève hautement contre la ponction simplement exploratrice ; la ponction doit être à la fois exploratrice et évacuatrice pour enlever le plus grand nombre possible de parasites ; on tue le reste par l'injection de liquide antiparasitaire et on retire ce liquide pour éviter les accidents aux malades.

HUILE D'OLIVE A HAUTE DOSE DANS LA LITHIASE BILIAIRE. — M. *Chauffard* a expérimenté le traitement préconisé par le Dr Tonatre, de la Nouvelle-Orléans : 400 grammes d'huile d'olive pris chaque jour le matin à jeun, en deux fois à un quart d'heure d'intervalle ; décubitus sur le côté droit.

Les résultats obtenus ont été : 1° le soulagement des malades ; 2° l'évaçuation d'un grand nombre de concrétions demi-solides, verdâtres, du volume d'une tête d'épingle à celui d'une noix ; ces corps ne sont d'après une analyse chimique que de l'huile incomplètement digérée ; d'ailleurs, il suffirait de mettre un calcul de cholestérine dans l'huile pour s'assurer que celle-ci reste sans action sur le calcul. Des expériences faites sur le cadavre et sur les animaux ont montré que l'huile ne peut pas pénétrer du duodénum dans les voies biliaires. Donc le traitement préconisé par M. Tonatre est empirique ; il doit néanmoins être employé puisqu'il soulage les malades et peut produire, comme dans le cas observé dans le service de M. Bucquoy, l'expulsion de véritables calculs biliaires.

BIBLIOGRAPHIE

DE LA TYPHLITE STERCORALE CHEZ LES JEUNES SUJETS EN PARTICULIER ET DE LA PÉRITONITE QUI L'ACCOMPAGNE. DE LA TYPHLO-PÉRITONITE A DÉBUT PÉRITONÉAL, par le Dr J. BESNIER. (Extrait de la *Revue mensuelle des maladies de l'Enfance,* février, avril et mai 1888, G. Steinheil, édit.)

Au point de vue anatomique, la typhlite stercorale peut prendre la forme phlegmoneuse (Duguet). Dans cette forme, l'inflammation atteint la couche celluleuse sous-jacente à la muqueuse cæcale, et donne lieu à un véritable phlegmon, qui se développe sans qu'il y ait nécessairement perforation intestinale, et se termine par suppuration ou gangrène. Même dans ce dernier cas, la guérison peut avoir lieu par l'élimination, par les garde-robes des parties sphacélées.

Au point de vue clinique et quelle que soit sa forme anatomique, la typhlite stercorale peut se montrer brusquement et s'accompagner dès son début d'une péritonite, qui se localise dans la région cæcale et dont les symptômes sont tout d'abord prédominants. Ces faits, qui sont plus fréquents chez les jeunes sujets que chez les adultes, ont été considérés par certains auteurs comme des phlegmons idiopathiques, et décrits sous le nom de pérityphlites primitives. La dénomination qui leur convient est celle de typhlite et de péritonite, ou de typhlo-péritonite à début péritonéal. Dans ces cas, la typhlite et la péritonite ne forment pour ainsi dire qu'une seule maladie, dont la marche est aiguë, et dont la terminaison est précédée ou accompagnée d'évacuations intestinales plus ou moins abondantes, et se fait le plus souvent par résolution.

Du rapprochement de ces faits et de ceux qui portent le nom de pérityphlites secondaires, il ressort qu'on a compris sous cette dernière dénomination deux ordres d'accidents différents quant au siège de l'inflammation pérityphlitique : 1° des péritonites circonscrites, qui elles-mêmes peuvent être simples, ou bien s'accompagner de phlegmon, par suite de la propagation de l'inflammation du péritoine au tissu cellulaire voisin; 2° des inflammations phlegmoneuses, débutant par le tissu cellulaire rétro-cæcal, et s'accompagnant de péritonites partielles.

La première forme inflammatoire comprend des typhlo-péritonites simples ou compliquées de phlegmons et répond le plus souvent aux pérityphlites bénignes et résolutives. La dernière qui est très rare, constitue la pérityphlite proprement dite, et répond plus particulièrement aux pérityphlites suppurées. Pour la distinguer de la précédente, il y aurait lieu de la désigner sous le nom de typhlo-cellulite qui, en indiquant son siège et sa nature, ferait cesser toute confusion entre les différentes espèces de pérityphlites.

Tels sont les principaux faits que le Dr J. Besnier a cherché à établir dans ce travail.

E. DESCHAMPS.

NOUVELLES

ÉCOLES SUPÉRIEURES DE PHARMACIE. — *Concours pour neuf places d'agrégés des écoles supérieures de pharmacies.* — Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 28 juillet 1888, pris en exécution du statut du 16 novembre 1874, il sera ouvert des concours pour neuf places d'agrégés des écoles supérieures de pharmacie, savoir :

Section de physique, chimie et toxicologie :

1° Physique. — Paris, 1 place d'agrégé.

professeurs de médecine pour beaucoup d'élèves chrétiens en même temps que pour ceux de leur propre race.

L'école de Montpellier, si puissante dans la première moitié du XIIIe siècle, fut en grande partie fondée et entretenue par eux. Malgré cela, en 1288, un illustre fils d'Abraham fut victime de *l'auto-da-fé* et plusieurs furent soumis à la torture jusqu'à la mort pour de fausses accusations d'empoisonnement.

Lorsque, en 1453, le croissant l'emporta sur la croix à Constantinople, les hommes au pouvoir, par habileté et par prudence, se confièrent aux médecins juifs. L'influence que ces derniers acquirent ainsi fut souvent employée à soulager le poids que les lois faisaient porter sur leurs coreligionnaires. A la fin du XVIe siècle, la veuve d'un célèbre praticien soigna le sultan Mahomet II, atteint de la petite vérole. Avec ses médicaments elle lui rendit la santé et le malade reconnaissant l'en récompensa richement. Or l'histoire ne dit pas que les maladies guérissent d'elles-mêmes à cette époque.

En Pologne, qui fut un lieu de refuge pour les Israélites chassés du sud-ouest de l'Europe, leur supériorité intellectuelle et leur habileté médicale leur procurèrent, dans beaucoup d'occasions, la faveur des rois et des nobles et les dispensèrent des charges qui étaient imposées à leurs compatriotes.

Un fait curieux, tandis que dans les autres territoires soumis à la hiérarchie romaine les Juifs étaient en général rigoureusement persécutés, en Italie même ils avaient des relations beaucoup plus satisfaisantes avec les autorités ecclésiastiques. Dans presque toutes les grandes cités, ils se livraient activement aux recherches scientifiques, pratiquaient la médecine et restaient en bons termes avec les communautés chrétiennes au milieu desquelles ils vivaient. Cela montre que les lois de la physiologie (lois de la nature, de la science, de Dieu) n'ont pas de préférence spéciale pour aucune des formes particulières de la théologie. L'un de ces médecins, Léon, avait une telle réputation que, en 1331, il fut dispensé par le gouvernement de la République de Venise des examens qui étaient habituellement exigés. Un habitant de Mantoue, en 1376, fut le premier Israélite qui imprima et publia des livres hébreux. Dans ses livres de médecine nous retrouvons des idées qui nous étonnent même au milieu des plus récentes découvertes. Emmanuel, un ami de Dante, écrivit comme lui un « Enfer » qui au point de vue de l'esprit et de l'humour égale celui qui est resté classique et le surpasse même comme élévation et comme noblesse de pensée. Il précipite dans le royaume de Pluton les médecins inhabiles et les charlatans, parce qu'ils ont hâté le passage dans l'éternel repos des malades qui s'étaient confiés à eux. Hippocrate fait une station parmi les pécheurs parce qu'il a tenu se-

écoulés pour chacune d'elles depuis l'opération, il arrive à une moyenne de 29 mois, résultat meilleur que celui de la première statistique et qui tient à l'amélioration apportée dans l'opération par la section préalable du col en deux moitiés.

M. Verneuil n'a eu à enregistrer que neuf récidives locales et dans six cas il a pu se rendre compte que son opération avait été incomplète. Dans douze autres faits, il y a eu absence complète de récidive locale, deux fois jusqu'à la mort, cinq fois jusqu'à la perte de vue des malades. Dans les autres cas, la récidive a apparu mais n'a pas été locale, elle s'est produite à distance.

La récidive est donc la plus commune des terminaisons, mais elle dépend beaucoup de la grandeur de l'extirpation et il est moins difficile qu'on ne pense d'enlever tout le mal sans extirper tout l'organe. Du reste, avec les récidives à distance, l'hystérectomie totale ne donne pas de meilleures garanties que l'amputation partielle qui est beaucoup plus bénigne et qui permet, sans faire courir de danger aux malades, de supprimer une cause d'infection et de faire une bonne antisepsie, en un mot d'être palliative, ce qui n'existe pas avec l'ablation complète.

L'amputation partielle est en effet très bénigne. Sur 26 opérées divisées en 2 séries, M. Verneuil a eu une seule mort dans la première série qui comprend 4 cas d'affections non-cancéreuses. Et encore cette mort est-elle due à une imprudence de la malade qui se leva trois jours après l'opération, prit froid et eut une péritonite. Dans la deuxième série formée de 22 opérations pour néoplasmes malins, M. Verneuil ne compte qu'un seul décès; mais c'était en 1872, avant les méthodes antiseptiques. Il faut aussi signaler 3 accidents dont un de septicémie vaginale et les deux autres de pelvi-péritonite causés par une section trop voisine du cul-de-sac péritonéal. Jamais il n'a eu d'hémorrhagie, de pincement de la vessie, des uretères, etc.

M. Verneuil passe ensuite à l'examen de l'hystérectomie totale pratiquée trois fois dans son service en 1886. Chez une opérée, il y a eu une hémorrhagie secondaire mortelle; chez une autre, une récidive rapide avec cinq mois de survie; enfin, chez la troisième, guérison locale rapide; mais récidive et seulement une survie de six mois. Enfin, il a reçu dans son service une malade opérée ailleurs, dont tout le bassin est occupé par le néoplasme qui comprime le rectum.

Il a dû lui faire l'anus iliaque et sa mort qui aura lieu à bref délai ne permet que de lui compter une année de survie, ce qui porte à 5 mois 1/2 la moyenne d'existence des opérées de l'hystérectomie totale.

Enfin M. Verneuil établit aussi que le diagnostic de l'épithélioma du col utérin peut être difficile, qu'il peut y avoir des cas d'affections

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 123. SAMEDI 20 OCTOBRE 1888.

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

SUPPRESSION DU DRAINAGE ET RÉUNION PROFONDE. — C'est le second travail de M. Galvani analysé par M. Pozzi. De nombreuses opérations suivies de succès ont été pratiquées suivant cette méthode, notamment deux amputations de cuisse. Il faut dans les amputations employer le procédé qui permette l'affrontement le plus facile.

CONTRIBUTION A LA TAILLE HYPOGASTRIQUE. — M. *Galvani* a fait sept opérations de ce genre et recommande l'emploi du ballon de Petersen, mais rempli seulement de 150 grammes de liquide. Il n'emploie qu'un tube simple comme siphon et maintient son malade assis.

MM. Tachard et *Picqué* font une lecture et dans le cours de la séance, M. le Président annonce deux vacances, la première parmi les membres titulaires et la seconde parmi les correspondants.

EUGÈNE ROCHARD.

BIBLIOGRAPHIE

MANUEL DE DIAGNOSTIC CHIMIQUE AU LIT DU MALADE, par le professeur *Tappeiner* (de Munich) (1).

S'il est une vérité bien admise en pathologie générale, c'est que pour assurer le diagnostic et diriger le traitement, la connaissance exacte des troubles nutritifs n'est pas moins utile au médecin que la constatation matérielle des lésions anatomiques. Le seul procédé qui permette de saisir sur le vif les variations survenant dans les échanges organiques, c'est l'étude des altérations que les humeurs peuvent subir dans leurs caractères physiques et leur composition chimique.

Mais si indispensable que soit cette étude qui se rattache directement aux sciences auxiliaires, elle n'est pas encore suffisamment entrée dans la pratique courante. Or l'indifférence trop générale des médecins pour la physique et la chimie biologiques tient surtout à deux causes : d'abord à l'absence de notions assez nettes chez la plupart des praticiens qui n'ont pas fréquenté les laboratoires spéciaux; en second lieu, à la complication des méthodes analytiques et aux difficultés inhérentes à toute recherche chimique au lit du malade. Aussi M. Nicolle a-t-il rendu un véritable service en traduisant l'opuscule rédigé par Tappeiner sans but plus ambitieux que d'apprendre

(1) *Trad.* par Nicolle, interne des hôpitaux, avec une préface du Dr A. Robin, in-18 de 116 pages chez Lecrosnier et Babé.

35e Année. — Tome II. N° 123 Samedi 20 Octobre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Les médecins juifs au moyen-âge.

Par le Dr F. B. Stephenson,
Médecin de la marine des Etats-Unis,
Membre de la Société d'anthropologie de Paris.

(*Suite*) (1).

A Ratisbonne les personnes qui leur étaient hostiles se plaignaient de ce que tout le monde se faisait soigner par des médecins israélites. En diverses parties de l'Europe centrale, de Kœnigsberg, où en 1538 il leur était défendu d'exercer, jusqu'à Strasbourg, les médecins israélites étaient parmi ceux qui étaient d'emblée exemptés des impositions. Les impôts appliqués sur les livres de médecine et sur les instruments de chirurgie ne faisaient pas exception à cette règle. Les Etats-Unis seront-ils flattés de cette comparaison ?

A Vienne ils ne purent pendant quelque temps exercer parce qu'ils ne pouvaient prêter le serment habituel sur l'*Immaculée Conception* ; en 1517, toutefois, l'empereur abrogea cette règle. A différentes époques et en divers points de la Germanie les médecins des villes avaient des honoraires déterminés. Pendant le quinzième siècle, les femmes juives eurent des succès en médecine. En 1419, l'une d'elles fut officiellement reconnue par le gouvernement, et vers 1430, une autre était une oculiste habile. De pareils exemples n'étaient pas rares parmi les Teutons. Le célèbre John Reuchlin avait deux savants médecins israélites comme amis et comme professeurs.

En France nous trouvons une série plus nombreuse et plus brillante de médecins dont quelques-uns possèdent la faveur et la protection des souverains, depuis Hugues Capet jusqu'à Marie de Médicis. Beaucoup d'entre eux furent éminents dans la science, dans la littérature médicale (traduite des Arabes), aussi bien que comme

(1) Voir *France médicale* n. 122.

tant que les mesures recommandées par la science et prescrites par la loi étaient encore à l'état d'expérience, les résistances pouvaient à la rigueur se concevoir. Mais quand les faits sont acquis, indiscutables, ce qui pouvait n'être qu'une divergence de vues devient une ignorance coupable, et quand cette ignorance elle-même a dû se dissiper à la lumière de l'évidence, comment qualifierons-nous la négligence, l'apathie ou l'avarice sacrifiant des existences humaines qui pouvaient être préservées ?

Voici un homme de bien qui s'émeut devant l'effroyable mortalité des enfants mis en nourrice. Il se dit qu'à ces petits êtres, si faibles, sur lesquels leur mère ne peut veiller, la société doit sa protection. Il prépare, il soutient, il fait voter la loi qui restera son honneur et gardera son nom : la loi Roussel. De cette protection de la société, il espère une diminution de la mortalité, supposant que des nourrices surveillées et informées perdront moins d'enfants que des nourrices sans contrôle et ignorantes. Certes, une telle supposition n'était pas bien téméraire. Mais maintenant que des faits nombreux, concordants, sans contradiction possible, en ont démontré la justesse, maintenant qu'il est prouvé que partout où la loi Roussel est exécutée, que partout où est organisée en faveur des nourrissons une inspection médicale sérieuse, le résultat immédiat est la diminution de la mortalité infantile, ne faut-il pas que cette loi soit en effet partout exécutée, et les conseils généraux qui se refuseraient à assurer cette exécution, les administrateurs qui ne s'occuperaient pas de l'assurer, qui répondraient négligemment qu'ils ne croient pas à la protection de l'enfance, n'assumeraient-ils pas une part de responsabilité dans les morts qu'ils auraient pu en partie éviter ?

Voulez-vous un exemple d'une portée plus générale ?

Depuis une vingtaine d'années, l'étude minutieuse des causes des maladies, et spécialement de celles des maladies contagieuses, a conduit presque tous les peuples civilisés à créer une administration sanitaire, et à édicter des lois préservatrices de la santé publique. S'il est démontré que ces dispositions ont été efficaces, que, par exemple, la vaccination et la revaccination obligatoires suppriment la mortalité par la variole, si c'est devenu un axiome que l'assainissement des villes et des maisons, assuré par un service d'inspection et des lois coercitives, a pour effet certain la diminution de la mortalité générale, et particulièrement de la mortalité par maladies transmissibles, s'il est vrai que ces maladies transmissibles ont été à juste titre appelées maladies *évitables*, n'est-ce pas un devoir pour toutes les nations de prendre des dispositions analogues ? Ce devoir n'est-il pas étroit, urgent pour les nations chez lesquelles le nombre des victimes des maladies évitables augmente, alors qu'il diminue

crète sa grande science et qu'il a soigneusement caché à ses élèves ses livres de médecine. Dans le traitement des malades exigeants, Emmanuel est spirituel et original, souvent très heureux. Mais les détails sont trop longs pour pouvoir être rapportés ici. Un Juif figurait parmi les plus éminents des médecins de la fameuse école de Salerne, qui doit également aux Israélites la plupart des traductions de l'Arabe en latin. Sur la demande de Charles Ier, roi de Naples, un Juif traduisit d'Hippocrate un traité sur les maladies du cheval. Un de ces médecins fut loué par un prince chrétien non seulement pour son habileté professionnelle, mais parce qu'il soignait les pauvres et les nécessiteux et qu'il n'était pas exigeant pour le paiement de ses services. *(La fin au prochain numéro.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 *octobre* 1888. — *Présidence de* M. POLAILLON.

TAILLE SUS-PUBIENNE. — CALCULS MULTIPLES. — M. *Berger*, à propos du procès-verbal, dépose sur le bureau une observation de taille sus-pubienne pour calculs mutiples. Il s'agissait d'un sujet atteint de cystite purulente, de ténesme et porteur dans la vessie de deux calculs libres et de huit calculs enchatonnés. Pour extraire ces derniers il fallut dilater l'ouverture des cellules dans lesquelles ils étaient contenus. Ces calculs étaient formés de noyaux polyédriques, composés d'acide urique, de cholestérine et d'oxalate de chaux, entourés d'une couche de phosphate ammoniaco-magnésien.

DE L'AMPUTATION PARTIELLE ET DE L'AMPUTATION TOTALE DE L'UTÉRUS. — M. *Verneuil* lit un travail sur l'amputation du col de l'utérus. Le professeur de la Pitié n'a pas changé d'avis depuis la publication des études faites par lui en 1884, dans les *Archives de médecine*. Il soutenait à cette époque et soutient encore aujourd'hui l'ablation du col par l'écraseur linéaire de préférence à l'hystérectomie totale. Dans la statistique qu'il donnait, ses opérées avaient eu une moyenne de 17 mois de survie ; mais M. Verneuil démontre que cette moyenne était trop faible, puisqu'à ce moment il n'avait pu suivre assez longtemps ses malades. C'est ainsi que dans certaines observations, il ne comptait que 3 mois de bonne santé à des femmes qui se portent très bien aujourd'hui, ou qui ont survécu 16 mois à l'opération. Cette statistique corrigée comme elle devait l'être porte à 23 mois de survie la moyenne des opérées de M. Verneuil jusqu'en 1884. Depuis cette époque, il a pratiqué six fois l'amputation du col et pas une de ses malades n'est morte. En additionnant le nombre de mois

années, multiplie autour de cette question les preuves de son dévouement intelligent et ingénieux, qui la traite dans les congrès, dans les revues savantes, qui fait mieux, qui la résout par la pratique, crée à Arcachon un hôpital marin que l'on inaugurait il y a quelques jours, et est l'initiateur de celui que nous inaugurons aujourd'hui. C'est M. Pallu, l'inspecteur des enfants assistés de la Loire-Inférieure, qui se donne à cette œuvre avec la passion la plus ardente et réussit à établir à Pen-Bron, en face du Croisic, un hôpital marin dont les soixante lits sont actuellement tous occupés. C'est le conseil des hospices de Lyon qui est mis à même par la générosité de son président, M. Sabran, de construire à Hyères un sanatorium pour les enfants scrofuleux de la région lyonnaise. Ce sont d'autres hôpitaux qui fonctionnent, ou fonctionneront prochainement, sur d'autres points de la Méditerranée ou de l'Océan.

C'est une société qui se fonde pour créer de tels établissements ou seconder ceux qui existent, cette *Œuvre nationale des hôpitaux marins* à laquelle vous venez de remettre votre hôpital. Tous ces efforts sont louables; tous sont nécessaires : et combien ils sont encore loin de correspondre à l'étendue du mal ! Vous en jugerez quand je vous aurai dit que le contingent des scrofuleux fourni par le département de la Seine et pour lesquels le vaste établissement de Berk est absolument insuffisant, n'est, d'après les tableaux du ministère de la guerre, que de 1, 2 p. 100 par rapport au chiffre total des exemptions du service militaire pour vices scrofuleux (1).

Ce qui, parmi toutes ces œuvres, constitue l'originalité de la vôtre, c'est que, en dehors de Paris, vous êtes, vous, conseil général des Pyrénées-Orientales, le premier corps constitué qui ait créé un service en faveur des enfants scrofuleux.

Vous n'êtes pas des médecins, vous êtes des administrateurs, mais des administrateurs disposés à écouter les médecins, non pas pour prendre parti entre eux lorsqu'ils discutent, mais pour suivre leurs indications quand les faits les ont mis d'accord. Tel est le véritable rôle de l'administration dans les questions d'hygiène et d'hospitalisation. Les médecins vous ont dit : Nous sommes *unanimes* à reconnaître l'heureuse et puissante action qu'exerce l'eau de mer, le séjour au bord de la mer, sur les affections scrofuleuses (2). Et, bien que le département des Pyrénées-Orientales ne fût pas l'un de ceux où la scrofule fait le plus de ravages, vous avez créé le sanatorium de Banyuls. D'autres départements suivront, soyez-en sûrs ; la

(1) Dr Bergeron. Rapport sur les résultats obtenus dans le traitement des enfants scrofuleux à l'hôpital de Berck-sur-Mer, [illegible]

(2) Dr Bergeron, *Loc. cit.*, page 9.

temps viendra où tous feront leur devoir; mais c'est vous, messieurs, qui aurez imprimé le mouvement; c'est vous, département républicain, qui aurez donné cette preuve que la fraternité républicaine sait se traduire par des actes; c'est vous qui, en présence de ce fléau de la scrofule, aurez les premiers compris qu'à côté des efforts individuels, dignes de tous les éloges, mais aussi soumis à tous les hasards, abondant ici, manquant là, une société démocratique a une mission à remplir. Vous l'avez remplie, cette mission, au prix de sacrifices importants. Et les souscriptions particulières sont venues, importantes aussi, s'ajouter aux fonds votés par vous et vous permettre d'achever votre œuvre. C'est un grand honneur pour vous, messieurs; c'est un grand honneur pour votre préfet, M. Lafargue, qui a conduit cette affaire avec tant de chaleur, de sens pratique et de succès. Je parle ici en qualité de directeur de l'Assistance publique; je suis comme le porte-parole de tous les malheureux; au nom des malheureux, je vous remercie.

La femme de cœur et de sens que l'Œuvre nationale a envoyée diriger le satanorium de Banyuls écrivait peu de jours après son arrivée : Je suis dans un Eden ! Son impression sera celle de tous vos visiteurs. Ils partiront émerveillés de cette installation si large, si bien comprise, qui s'est élevée comme par enchantement au milieu de cette splendide nature. Vous les guérirez, messieurs, nos chers petits malades, vous obtiendrez les résultats de Berck; vous les dépasserez, comme M. le professeur Verneuil en a exprimé l'espoir (1). Et, le faisant, vous ne ferez pas seulement une œuvre de fraternité, vous ferez une œuvre de prévoyance patriotique.

L'on ne peut étudier sans une tristesse poignante les tableaux de la natalité et de la mortalité en France comparés à ceux des autres pays de l'Europe. L'excédent des naissances sur les décès — et vous comprenez facilement, messieurs, que c'est par l'excédent des naissances que se mesure la force d'expansion d'une race — est en moyenne de 13 pour 1,000 habitants en Angleterre, de plus de 12 en Allemagne, de 10 à 11 en Italie. Il est de 2, de 1 1/2 pour 1,000 habitants en France. N'y a-t-il pas là de quoi inquiéter, de quoi alarmer tous les cœurs patriotes? N'y a-t-il pas de quoi émouvoir les grands corps de l'Etat ?

Peut-être est-il difficile d'augmenter la natalité par des mesures législatives. Mais il est possible de diminuer la mortalité. Il est possible surtout de diminuer celle de la première enfance. Des établissements comme ceux que vous venez de fonder y contribueront puis-

(1) « A Berck, les résultats [illegible] ...nts, et l'on pourrait faire bien mieux encore ». L[illegible] ...r l'hôpital maritime de Pen-Bron.



samment. Non seulement vous sauverez des existences ; mais vous transformerez des existences ; d'enfants qui semblaient condamnés à être toute leur vie des charges sociales, vous ferez des forces sociales, de vaillants soldats et de vigoureux travailleurs. Fondateurs du sanatorium de Banyuls, vous avez servi les intérêts de votre patrie en même temps que ceux de l'humanité.

Victor Hugo a dit : « Montrez-moi la femme et l'enfant. C'est à la quantité de protection qui entoure ces deux êtres faibles que se mesure le degré de civilisation. » Et nous pouvons ajouter : Protégez, préservez, fortifiez, sauvez les enfants ; c'est à la quantité de protection qui les entoure que se mesure le degré de prospérité et de sécurité nationales.

NOUVELLES

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Deux concours s'ouvriront à la Faculté de médecine de Nancy :

1° Le 1er juin 1889, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'école de médecine de Reims ;

2° Le 6 juin 1889, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à ladite école.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture de chacun desdits concours.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 7 *au* 13 *octobre* 1888. — Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 1. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 3. — Diphtérie, Croup, 24. — Phthisie pulmonaire, 185. — Autres tuberculoses, 30. — Tumeurs cancéreuses et autres, 61.

Méningite, 84. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 40. — Paralysie, [illegible]. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 54.

Bronchite aiguë et chronique, 55. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 53.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 120.

Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 3.

Débilité congénitale, 28. — Sénilité, 22. — Suicides et autres morts violentes, 20. — Autres causes de mort, 118. — Causes inconnues, 7.

Nombre absolu de la semaine : 986. — Résultat de la semaine précédente : 846.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

aux élèves les réactions les plus exactes et les plus simples qui peuvent s'exécuter rapidement en clinique.

Ce manuel comprend douze chapitres. Les premiers se rapportent à l'examen de l'urine, des sédiments et des concrétions urinaires. Le onzième est consacré au tube digestif et particulièrement aux liquides gastriques. Enfin on trouvera dans le douzième l'étude du contenu des kystes de l'ovaire, des vésicules hydatiques et des hydronéphroses. A. P.

VARIÉTÉS

Le sanatorium de Banyuls-sur-Mer.

M. le président du conseil des ministres a délégué M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, pour le représenter à l'inauguration du sanatorium de Banyuls-sur-Mer, destiné aux enfants scrofuleux et rachitiques. Cette inauguration a eu lieu le dimanche 7 octobre. Après avoir exprimé les regrets de M. Floquet, député des Pyrénées-Orientales, de n'avoir pu assister à cette cérémonie, M. Monod a prononcé un discours que nous reproduisons intégralement. Ce discours a eu un grand et légitime succès dû à la fois aux idées exprimées et à la personne de l'éminent directeur de l'Assistance publique qui a déjà rendu de si importants services dans le poste avec lequel il s'est identifié d'une façon si remarquable et si complète.

Messieurs, comme l'a dit M. le président du conseil des ministres en inaugurant les séances du conseil supérieur de l'Assistance publique, la République doit reprendre la tradition de la Constituante par une organisation rationnelle de l'assistance. Ce devoir est, semble-t-il, plus impérieux encore aujourd'hui qu'il ne l'était il y a un siècle.

La science progresse et, en matière sanitaire et hospitalière, les progrès de la science augmentent les responsabilités des gouvernements. Les expériences se multiplient ; d'observations nombreuses, scrupuleusement étudiées se dégagent enfin des lois, et voici que s'imposent, avec une quasi-certitude de succès, des moyens nouveaux de sauvegarder la santé publique : pensez-vous, messieurs, que les administrations, les corps élus, tous ceux qui détiennent une part de la puissance publique aient le droit de n'en tenir aucun compte ? La seule constatation de ces progrès leur crée de nouvelles obligations, une responsabilité grave et faite pour alarmer les consciences les plus rebelles. Tant que ces résultats heureux n'étaient qu'une espérance du savant, ou même si vous voulez, du législateur,

L'ERGOTININE de TANRET, *lauréat de l'Institut,* alcaloïde et principe actif d
s'emploie dans tous les cas où celui-ci est indiqué. L'auteur en prépare un **Sirop** à 1/4 m
cuillère à café — (dose: de 1 à 6 par jour) — et une **Solution** hypodermique à 1 milligr.
cube — (dose: de 3 à 10 gouttes). — L'injection d'**Ergotinine de Tanret** ne produi
d'accidents locaux.

Vente en Gros : Ch. TANRET, 14, Rue d'Alger, PARIS.
Détail à Paris : Phie TANRET, 64, Rue Basse-du-Rempart.



QUASSINE FREMINT

TONIQUE AMER, SIALAGOGUE, APÉRITIF, DIURÉTIQUE

Très efficace contre **Dyspepsie atonique, Chlorose, Débilité générale, Inappétence, Vomissements, Irrégularité des fonctions digestives, Constipation, Coliques hépatiques et néphrétiques, Cystites, etc.**

La **QUASSINE FREMINT** est sous forme d Pilules exactement dosées à 2 centigrammes d **Quassine amorphe.** Dose : de 2 à 4 par jour avant les repas.

3 fr. le Flacon. 18, r. d'Assas, Paris, et les Pharmacies



CHLORAL BROMUR DUBOIS

La préparation de chloral la mieux su des malades.

"Associé au Bromure, le chloral donne effets à dose moins élevée.. Il perd sa causti

Maladies nerveuses, Insomni

Sirop prescrit à la dose de 1 à 6 cuillerées l'âge dans les 24 heures.

PARIS, 20, Pl. des Vosges, et t

COTON IODÉ

Préparé par J. THOMAS, Pharmacien de 1re Classe
Ex-préparateur de l'école supérieure de pharmacie de Paris, — **48, avenue d'Italie**

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *coton iodé*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la p révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté, il remplace avec ava papier moutarde, l'huile de croton tiglium, les emplâtres émétisés, le thapsia et même les vésicatoires. On a obtenu le succès les plus éclatants dans les hôpitaux d le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genoux, de l'épaule, les ments articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaire ont été guéris sans lésion de la peau en un court espace de temps. — *Prix du fl* *France*: 3 *fr.* 50. — *Se trouve dans toutes les pharmacies.*

777

-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 124. MARDI 23 OCTOBRE 1888.

LA 'RANCE MÉDICALE

:UREAUX
On s'abonne chez
COSNIER et BABÉ
Place
École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

...sser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
...ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.







années, multiplie autour de cette question les preuves de son dévouement intelligent et ingénieux, qui la traite dans les congrès, dans les revues savantes, qui fait mieux, qui la résout par la pratique, crée à Arcachon un hôpital marin que l'on inaugurait il y a quelques jours, et est l'initiateur de celui que nous inaugurons aujourd'hui. C'est M. Pallu, l'inspecteur des enfants assistés de la Loire-Inférieure, qui se donne à cette œuvre avec la passion la plus ardente et réussit à établir à Pen-Bron, en face du Croisic, un hôpital marin dont les soixante lits sont actuellement tous occupés. C'est le conseil des hospices de Lyon qui est mis à même par la générosité de son président, M. Sabran, de construire à Hyères un sanatorium pour les enfants scrofuleux de la région lyonnaise. Ce sont d'autres hôpitaux qui fonctionnent, ou fonctionneront prochainement, sur d'autres points de la Méditerranée ou de l'Océan.

C'est une société qui se fonde pour créer de tels établissements ou seconder ceux qui existent, cette *Œuvre nationale des hôpitaux marins* à laquelle vous venez de remettre votre hôpital. Tous ces efforts sont louables; tous sont nécessaires : et combien ils sont encore loin de correspondre à l'étendue du mal! Vous en jugerez quand je vous aurai dit que le contingent des scrofuleux fourni par le département de la Seine et pour lesquels le vaste établissement de Berk est absolument insuffisant, n'est, d'après les tableaux du ministère de la guerre, que de 1, 2 p. 100 par rapport au chiffre total des exemptions du service militaire pour vices scrofuleux (1).

Ce qui, parmi toutes ces œuvres, constitue l'originalité de la vôtre, c'est que, en dehors de Paris, vous êtes, vous, conseil général des Pyrénées-Orientales, le premier corps constitué qui ait créé un service en faveur des enfants scrofuleux.

Vous n'êtes pas des médecins, vous êtes des administrateurs, mais des administrateurs disposés à écouter les médecins, non pas pour prendre parti entre eux lorsqu'ils discutent, mais pour suivre leurs indications quand les faits les ont mis d'accord. Tel est le véritable rôle de l'administration dans les questions d'hygiène et d'hospitalisation. Les médecins vous ont dit : Nous sommes *unanimes* à reconnaître l'heureuse et puissante action qu'exerce l'eau de mer, le séjour au bord de la mer, sur les affections scrofuleuses (2). Et, bien que le département des Pyrénées-Orientales ne fût pas l'un de ceux où la scrofule fait le plus de ravages, vous avez créé le sanatorium de Banyuls. D'autres départements suivront, soyez-en sûrs ; le

(1) Dr. Bergeron. Rapport sur les résultats obtenus dans le traitement des enfants scrofuleux à l'hôpital de Berck-sur-Mer, p. 25.

(2) Dr Bergeron, *Loc. cit.*, page 9.

temps viendra où tous feront leur devoir; mais c'est vous, messieurs, qui aurez imprimé le mouvement; c'est vous, département républicain, qui aurez donné cette preuve que la fraternité républicaine sait se traduire par des actes; c'est vous qui, en présence de ce fléau de la scrofule, aurez les premiers compris qu'à côté des efforts individuels, dignes de tous les éloges, mais aussi soumis à tous les hasards, abondant ici, manquant là, une société démocratique a une mission à remplir. Vous l'avez remplie, cette mission, au prix de sacrifices importants. Et les souscriptions particulières sont venues, importantes aussi, s'ajouter aux fonds votés par vous et vous permettre d'achever votre œuvre. C'est un grand honneur pour vous, messieurs; c'est un grand honneur pour votre préfet, M. Lafargue, qui a conduit cette affaire avec tant de chaleur, de sens pratique et de succès. Je parle ici en qualité de directeur de l'Assistance publique; je suis comme le porte-parole de tous les malheureux; au nom des malheureux, je vous remercie.

La femme de cœur et de sens que l'Œuvre nationale a envoyée diriger le satanorium de Banyuls écrivait peu de jours après son arrivée : Je suis dans un Eden ! Son impression sera celle de tous vos visiteurs. Ils partiront émerveillés de cette installation si large, si bien comprise, qui s'est élevée comme par enchantement au milieu de cette splendide nature. Vous les guérirez, messieurs, nos chers petits malades, vous obtiendrez les résultats de Berck; vous les dépasserez, comme M. le professeur Verneuil en a exprimé l'espoir (1). Et, le faisant, vous ne ferez pas seulement une œuvre de fraternité, vous ferez une œuvre de prévoyance patriotique.

L'on ne peut étudier sans une tristesse poignante les tableaux de la natalité et de la mortalité en France comparés à ceux des autres pays de l'Europe. L'excédent des naissances sur les décès — et vous comprenez facilement, messieurs, que c'est par l'excédent des naissances que se mesure la force d'expansion d'une race — est en moyenne de 13 pour 1,000 habitants en Angleterre, de plus de 12 en Allemagne, de 10 à 11 en Italie. Il est de 2, de 1 1/2 pour 1,000 habitants en France. N'y a-t-il pas là de quoi inquiéter, de quoi alarmer tous les cœurs patriotes ? N'y a-t-il pas de quoi émouvoir les grands corps de l'Etat ?

Peut-être est-il difficile d'augmenter la natalité par des mesures législatives. Mais il est possible de diminuer la mortalité. Il est possible surtout de diminuer celle de la première enfance. Des établissements comme ceux que vous venez de fonder y contribueront puis-

(1) « A Berck, les résultats sont excellents, et l'on pourrait faire bien mieux encore ». Lettre de M. Verneuil à M. Pallu sur l'hôpital maritime de Pen-Bron.

saient la majorité des médecins (moines et sœurs) dans les pays d'Europe appartenant aux autres cultes. Ils ne refusaient leurs services à aucune croyance et à aucune race. Il semble que l'étude très généralisée de la médecine par les Juifs au moyen âge fut due non seulement au désir de connaître la vérité dans la nature, mais également à une vive appréciation de sa valeur dans la religion ou la morale comme on le voit dans les divers codes et dans des écrits pédagogiques ; la santé du corps était considérée comme nécessaire à la manifestation d'une âme vertueuse. La conservation de la santé était regardée comme un devoir sacré pour les gens de foi. Ceux-ci reconnaissaient que le seul moyen de perfectionner et d'élever les facultés humaines c'était l'application continuelle des lois de l'hygiène à la conduite de la vie. Les fautes impardonnables sont celles que les lois de la nature ne sont pas impuissantes à punir. A la même époque, la pratique des sciences naturelles était une des rares professions qui s'ouvraient aux Israélites; la médecine en même temps leur donnait accès auprès des puissants, rois ou princes, pour le bonheur ou le malheur de leurs compatriotes.

Tandis que les Juifs pouvaient souvent conserver leurs relations personnelles avec les hauts dignitaires de l'Église romaine, les censures canoniques furent souvent dirigées contre eux; les chrétiens eux-mêmes étaient menacés d'excommunication lorsqu'ils les appelaient pour recevoir leurs soins, « parce que, disait l'édit, il est préférable de mourir que de devoir la vie à un Juif ». Bien que cette mesure ait été la cause de bien des souffrances inutiles et peut-être même de décès, cette logique ne pouvait convaincre un certain nombre de ceux qui avaient besoin d'un médecin; les enfants de l'Eglise les plus dévots et les plus rigides, les prédicateurs les plus zélés se plaignaient souvent que les médecins des monastères et des couvents fussent généralement des Hébreux. Quelquefois, cependant, la loi reçut son effet; par exemple, en Sicile, en 1293, où la peine fut pour le malade de trois mois d'emprisonnement, au pain et à l'eau; pour le médecin, de un an de la même peine, ses honoraires étant en outre donnés aux pauvres.

La diffusion de l'instruction dans les temps modernes a fait descendre les savants et les médecins juifs de la situation prééminente qu'ils avaient pendant le moyen âge. Aucun monument de bronze ou de marbre ne conserve les noms de ces héros; aucun poète n'a chanté leur gloire. Les trésors qu'ils ont écrits gisent sous la poussière de plusieurs siècles, dans les rayons oubliés de plus d'une ancienne bibliothèque (1).

(1) Traduit du *Boston medical and surgical journal*, 23 août 1888.

MEMENTO PRATIQUE

Traitement prophylactique et antiseptique de l'impétigo. — Les interprétations pathogéniques de cette maladie ont été nombreuses et diverses, dit M. Eloy dans un article intéressant sur ce sujet (*Gaz. heb.*, août 1888). Ici, théorie de l'irritation s'exerçant sur les téguments ; là, théorie diathésique en vertu de laquelle l'impétigo serait une manifestation de l'herpétisme, du lymphatisme ou du scrofulisme ; là, enfin, théorie exanthématique ayant pour effet de l'apparenter avec les fièvres éruptives. Quoi qu'il en soit, on sait maintenant que c'est une affection *parasitaire* et *contagieuse*, il en résulte donc que son *traitement doit être prophylactique.*

En second lieu, l'auto-inoculabilité de l'impétigo reconnue par Rilliet et Barthez, lesquels avaient dit que la sérosité de cette éruption « propage la maladie aux parties de la peau sur lesquelles elle tombe », démontrée ensuite par les expériences de Vidal en 1876 et en dernier lieu par Dewèvre (*Arch. de méd. militaire*, 1885), permet de formuler cette autre conclusion : le *traitement de l'impétigo doit être anti-virulent.*

« La prophylaxie est d'hygiène sociale et individuelle ». Il faut donc réclamer et pratiquer l'éloignement des malades hors des milieux scolaires et militaires.

L'hygiène individuelle doit obéir aux prescriptions suivantes : soins de propreté, lotions fréquentes, ablutions antiseptiques pratiquées tous les jours sur les mains et le visage de l'enfant ; « la proscription, dans la famille où il existe des impétigineux, de l'usage commun des ustensiles de toilette, et en particulier des peignes et des brosses pour les cheveux, enfin l'habitude de couvrir les régions malades, têtes et mains ». Les enfants doivent être bien nourris, ce qui est le meilleur moyen d'augmenter la résistance de l'organisme, de stériliser le terrain et de repousser l'agression du parasite.

Enfin il faut pratiquer l'antisepsie médicale. Pour préparer la voie des antiseptiques, on doit d'abord assurer la chute des croûtes et déterger les surfaces malades, puis on applique le topique antiseptique. Pour provoquer la chute des croûtes, on peut les recouvrir d'une compresse de huit à dix doubles de tarlatane et imbibée d'eau boriquée au 50e (Besnier), ou encore de cataplasmes de fécule de pommes de terre aseptiques par l'addition d'eau boriquée (Gaucher). M. Eloy, reconnaissant avec raison que l'usage des cataplasmes présente des inconvénients, recommande les compresses de tarlatane recouvertes d'une feuille de makintosch et imbibée de la solution classique de fleurs de sureau mélangée par parties égales avec l'eau

boriquée à 50 pour mille, l'eau phéniquée à 5 pour 100, ou la solution de sublimé à 2 pour 1000.

Enfin, voici les topiques antiseptiques recommandés :

1°	Vaseline...........	30 grammes.
	Onguent de Vigo.....	5 —
	Acide borique........	1 —

Cette pommade étendue sur un linge fin, est appliquée en forme d'emplâtre sur la surface malade et après la résolution de toute inflammation (Besnier).

2°	Emplâtre de diachylon...	20 grammes.
	Minium.................	2 gr. 50.
	Cinabre................	1 gr.

On applique cet emplâtre en petits morceaux, on renouvelle tous les jours ces derniers en faisant précéder chaque pansement d'une lotion avec une solution d'alcool camphré (Vidal).

3° M. Gaucher préfère les onctions aux emplâtres sous forme de glycérine boriquée :

Glycérine............	100 grammes.
Acide borique........	10 —

4° Enfin M. Eloy préfère encore la vaseline boriquée d'après cette formule :

Vaseline..............	30 grammes.
Acide borique	4 —

Dans les impétigos étendus ou généralisés, il faut employer les bains antiseptiques additionnés de 1 à 4 gr. de sublimé, ou encore les lotions avec la liqueur de Van Swieten étendue de moitié d'eau tiède.

Enfin, il ne faut jamais oublier le traitement général : huile de foie de morue, iodiques, ferrugineux, alcalins, arsenicaux, etc.

(*Rev. gén. de clin. et de thérap.*)

BIBLIOGRAPHIE

—

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE, PAR LES PULVÉRISATIONS BIIODO-MERCURIQUES ET TECHNIQUE DES PULVÉRISATIONS, par les Drs P. MIQUEL et A. RUEFF. (Paris 1888, G. Masson, édit.).

Les expériences du Dr Miquel lui ayant démontré que le biiodure de mercure est microbicide à 1/40000 l'ont conduit à l'essayer contre la phthisie pulmonaire, ce qu'il a fait en collaboration avec le Dr Rueff.

Ils ont donc fait installer des pulvérisateurs à l'hôpital Rotschild et ont soumis les phthisiques aux vapeurs de biiodure de mercure ou plutôt d'iodhydrargyrate de potassium. Ils se servent en effet pour leurs pulvérisations de la solution suivante :

Biiodure de mercure.....	1
Iodure de potassium.....	1
Eau distillée............	1000

Des malades ont d'ailleurs été en ville soumis au même traitement.

Mais les liquides médicamenteux pulvérisés pénètrent-ils dans la trachée, les bronches et les ramifications bronchiques? Niée par les uns, cette pénétration est admise par d'autres et semble être démontrée par les expériences des docteurs Miquel et Rueff.

Quoi qu'il en soit, sur 27 malades soumis à ce traitement, 19 ont été améliorés, 8 sont restés stationnaires ; le nombre des améliorations serait donc de 70 0/0. Dans ces cas on aurait obtenu l'atténuation des lésions pulmonaires, et surtout la diminution de l'expectoration et l'augmentation du poids des malades ; dans deux cas il y aurait même eu disparition des bacilles.

E. Deschamps.

VARIÉTÉS

Superstitions médicales.

Dans son livre sur la *France à vol d'oiseau au moyen âge*, M. Challemel indique bon nombre de superstitions qui avaient cours à cette époque et dont la plupart persistent certainement maintenant encore.

Les Français ajoutaient foi aux préservatifs contre les maladies et aux moyens infaillibles de guérison.

Pour chasser la fièvre, ils ne mangeaient ni chair ni œufs à Pâques et aux fêtes solennelles : il faisaient sécher à la crémaillère un chou dérobé dans un jardin voisin ; ils portaient un os de mort en guise d'amulette ; ils enfermaient dans un sachet une grenouille verte, et l'attachaient au cou du malade ; ils mangeaient la première pâquerette qu'ils rencontraient ; ils recevaient la bénédiction, le même dimanche, dans trois paroisses différentes. En disant leur chapelet, ils cherchaient une tige de bouillon blanc, qu'ils jetaient aux vents ; ils passaient à travers la fente d'un arbre ; ils faisaient boire un cheval dans un seau d'eau, et buvaient après ; ils traversaient une procession entre la croix et la bannière ; ils buvaient de l'eau bénite le samedi saint, ou la veille de la Pentecôte ; ils s'entortillaient les bras ou le cou avec les ourlets d'un linceul : ils bu-

vaient trois fois, dans un pot neuf, de l'eau puisée à trois puits et mêlée ensemble.

Toujours pour chasser la fièvre, les Provençaux faisaient bénir des pêches le jour de Saint-Césaire. Les Périgourdins, à l'Assomption, allaient, avant le lever du soleil, cueillir à reculons, neuf brins de petite gentiane qu'ils attachaient au cou d'un fiévreux, et alors ils lui en donnaient à boire une infusion. Un crapaud étouffé la veille de la Saint Jean avait la même vertu. Souvent le fièvreux, levé de bon matin, marchait à reculons, et arrachait dans un pré une poignée d'herbes, sans se tourner ni la voir ; il la jetait derrière lui et courait toujours sans se retourner : la fièvre passait au diable. Ou bien le fièvreux déposait, avec quelque mômerie, une pièce de monnaie dans un carrefour ; celui qui ramassait la pièce, ramassait la fièvre.

L'eau de plusieurs fontaines guérissait ce mal, si commun dans tous les pays. La fontaine de Krignac (Finistère) triomphait de la fièvre tierce.

En général, pour vaincre la peur, il n'y avait qu'à ficher des épingles dans le soulier d'un mort, qu'à porter sur soi une dent ou un œil de loup, qu'à monter sur un ours.

Afin d'enlever ses rhumatismes, le malade faisait frapper trois coups d'un marteau de moulin par le meunier ou la meunière, en disant : *In nomine Patris*, etc. La fontaine de Moniès, près de Daursir (Tarn) chassait les douleurs, au moyen d'ablutions sur la partie du corps qui était affectée. Dans les Landes, les rhumatisants ou les paralytiques se guérissaient de leurs maux, en s'introduisant à travers les étrines, ouvertures pratiquées dans l'épaisseur des piliers d'église.

Les Bretons préservaient un enfant de toutes les maladies, en lui mettant sa chemise humide sur le corps. Les Périgourdins recueillaient avec soin les cendres et les charbons de la bûche de Noël, qui enlevaient les affections morbides aux hommes et aux animaux. Dans quelques pays, on conservait du beurre de mai, afin de fermer les plaies. Les paysans de la Montagne Noire tâchaient de se procurer un couteau à manche blanc, remède infaillible contre la colique.

En attachant un clou de crucifix au bras d'un épileptique ou bien en lui faisant porter soit un anneau d'argent, soit une médaille avec les noms de Gaspar, Melchior et Balthasar, on lui retirait sa grave infirmité.

Contre les verrues, un spécifique très simple : les frotter avec de la bourre ou du genêt, envelopper des pois chiches ou des cailloux dans un linge, que l'individu jetait derrière soi dans un chemin. Quiconque avait mal aux dents, les touchait avec une dent de mort; on

35e Année. — Tome II. N° 124 Mardi 23 Octobre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Les médecins juifs au moyen âge.

Par le Dr F. B. STEPHENSON.
Médecin de la marine des Etats-Unis,
Membre de la Société d'anthropologie de Paris.

(SUITE ET FIN) (1).

Amatus Lusitanus, mort en 1592, s'est fait un grand nom comme médecin. Il étudia l'histoire naturelle de la maladie. A la fin d'une vie longue et laborieuse il pouvait dire qu'il n'avait jamais accepté de riches présents, qu'il avait soigné les pauvres sans s'occuper des honoraires, qu'il n'avait fait aucune différence entre les Juifs, les Chrétiens et les Turcs et que ni les raisons de famille, ni les fatigues ne l'avaient jamais détourné de ses devoirs. Dans beaucoup de cas la médecine semblait être un héritage de famille.

Paracelse fut un de ceux qui s'efforcèrent de réformer la médecine qui, à cetteépoque, était fortement mélangée d'ignorance et de duperie.

L'une des recommandations du savant IsaacIsraeli c'est que le praticien ne doit pas chercher à faire plus que sa propre santé ne le lui permet, parce qu'il est de son devoir de garder son corps et son esprit dans un état suffisant pour soigner les malades dont il a la charge. D'autres aphorismes de ce maître font partie de la pratique rationnelle enseignée par Hippocrate, Sydenham et Bigelow.

Un professeur de la Faculté de Montpellier écrivait récemment que pendant le moyen âge l'exercice de la médecine était si complètement dans les mains des Juifs que l'on aurait presque cru nécessaire d'appartenir à cette race pour avoir de l'expérience dans l'art de guérir. Parmi eux l'étude de la médecine faisait partie d'une éducation complète, souvent sans intention d'exercer.

Leur largeur de sentiment et leur dévouement apparaissaient surtout en regard de l'étroitesse d'esprit et du fanatisme qui caractéri-

(1) Voir *France médicale* n. 122 et 123.

Bourgoin, Villejean. — 4ᵉ examen, doctorat : MM. Dieulafoy, Ballet, Hutinel.

Vendredi 26. — 1ᵉʳ examen, doctorat (1ʳᵉ série) : MM. Regnauld, Gariel, Villejean. — 1ᵉʳ examen, doctorat (2ᵉ série) : MM. Gautier, Pouchet, Blanchard. — 1ᵉʳ examen, doctorat (3ᵉ série) : MM. Baillon, Lutz, Hanriot.

Samedi 27. — 2ᵉ examen, doctorat (2ᵉ partie) : MM. Mathias-Duval, Quenu, Quinquaud. — 4ᵉ examen, doctorat : MM. Peter, Troisier, Hutinel. — 5ᵉ examen (1ʳᵉ partie), Hôtel-Dieu (1ʳᵉ série) : MM. Panas, Peyrot, Campenon. — 5ᵉ examen (1ʳᵉ partie), Hôtel-Dieu (2ᵉ série) : MM. Bouilly, Brun, Maygrier.

Thèses pour le doctorat. — *Vendredi* 26, à 1 heure. — M. Rossignot : De la gangrène symétrique des extrémités chez l'enfant. *Président* : M. Damaschino. — M. Ter Grigoriantz : Hémiplégie chez les enfants. *Président* : M. Damaschino.

NÉCROLOGIE

Le Dʳ Duborgia (de Chatou), reçu en 1851.

Le Dʳ Sagot (Paul-Antoine), ancien interne des hôpitaux de Paris (1845), décédé le 8 octobre, à Magny-sur-Yonne, à l'âge de 67 ans.

M. le Dʳ Veltens, de Versailles, reçu en 1862.

M. le Dʳ Arsonneau, de Sémillac (Charente-Inférieure), reçu en 1845.

M. le Dʳ Belle (E.-F.), de Moissac (Tarn-et-Garonne), reçu en 1863.

M. le Dʳ Gaillard (F.-M.), de Pontrieux (Côtes-du-Nord), reçu en 1847.

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — La question posée a été : Triangle de Scarpa; signes et diagnostic de l'étranglement herniaire. — Les autres questions restées dans l'urne étaient : Bronches et ramifications bronchiques; symptômes et diagnostic de la pneumonie lobaire franche aiguë. Rapport de l'utérus ; signes et diagnostic du cancer de l'utérus.

Concours de la médaille d'or (médecine). — Les juges de ce concours seront, sauf modifications ultérieures, MM. Mauriac, Guyot, Roques, Chaput et Siredey; ce dernier seul n'a pas encore accepté.

Concours de la médaille d'or (chirurgie et accouchements). — Ont été tirés au sort, comme juges, MM. Le Dentu, Terrier, Verneuil, Talamon et Ribemont ; aucun d'eux n'a encore accepté.

Hopitaux de Paris. — *Amphithéâtre d'anatomie* (année 1888-1889). —

MEMENTO PRATIQUE

—

Traitement prophylactique et antiseptique de l'impétigo. — Les interprétations pathogéniques de cette maladie ont été nombreuses et diverses, dit M. Eloy dans un article intéressant sur ce sujet (*Gaz. heb.*, août 1888). Ici, théorie de l'irritation s'exerçant sur les téguments ; là, théorie diathésique en vertu de laquelle l'impétigo serait une manifestation de l'herpétisme, du lymphatisme ou du scrofulisme ; là, enfin, théorie exanthématique ayant pour effet de l'apparenter avec les fièvres éruptives. Quoi qu'il en soit, on sait maintenant que c'est une affection *parasitaire* et *contagieuse*, il en résulte donc que son *traitement doit être prophylactique.*

En second lieu, l'auto-inoculabilité de l'impétigo reconnue par Rilliet et Barthez, lesquels avaient dit que la sérosité de cette éruption « propage la maladie aux parties de la peau sur lesquelles elle tombe », démontrée ensuite par les expériences de Vidal en 1876 et en dernier lieu par Dewèvre (*Arch. de méd. militaire*, 1885), permet de formuler cette autre conclusion : le *traitement de l'impétigo doit être anti-virulent.*

« La prophylaxie est d'hygiène sociale et individuelle ». Il faut donc réclamer et pratiquer l'éloignement des malades hors des milieux scolaires et militaires.

L'hygiène individuelle doit obéir aux prescriptions suivantes : soins de propreté, lotions fréquentes, ablutions antiseptiques pratiquées tous les jours sur les mains et le visage de l'enfant ; « la proscription, dans la famille où il existe des impétigineux, de l'usage commun des ustensiles de toilette, et en particulier des peignes et des brosses pour les cheveux, enfin l'habitude de couvrir les régions malades, têtes et mains ». Les enfants doivent être bien nourris, ce qui est le meilleur moyen d'augmenter la résistance de l'organisme, de stériliser le terrain et de repousser l'agression du parasite.

Enfin il faut pratiquer l'antisepsie médicale. Pour préparer la voie des antiseptiques, on doit d'abord assurer la chute des croûtes et déterger les surfaces malades, puis on applique le topique antiseptique. Pour provoquer la chute des croûtes, on peut les recouvrir d'une compresse de huit à dix doubles de tarlatane et imbibée d'eau boriquée au 50° (Besnier), ou encore de cataplasmes de fécule de pommes de terre aseptiques par l'addition d'eau boriquée (Gaucher). M. Eloy, reconnaissant avec raison que l'usage des cataplasmes présente des inconvénients, recommande les compresses de tarlatane recouvertes d'une feuille de makintosch et imbibée de la solution classique de fleurs de sureau mélangée par parties égales avec l'eau

Léonard-Maurice), Saint-Martin. — 14. Azaïs (Jean-Pierre-Mari Charles), Montpellier. — 15. Lions (Louis-Paul), Saint-Martin.—16. Bo corbeille (Louis-Justin-Jean-Baptiste); Montpellier. — 17. Beauxi Lagrave (Romain-Engène-Dominique), Montpellier. — 18. Rouqu (Paul-Joseph), Bordeaux. — 19. Burgez (Auguste-Eugène), salles mi taires de l'hospice mixte de Besançon. — 20. Matval (Odilon-August Montpellier. — 21. Mac-Auliffe (Victor-Jean), Gros-Caillou. — 22. Roux (Auguste), Gros-Caillou. — 23. Bonnette (Pierre-Saint-Hilai Saint-Martin. — 24. Vallet (Joseph-Marie-Gabriel), Desgenettes. — Visbecq (Fernand-Maximilien-Hippolyte), Gros-Caillou. — 26. Jaul (Louis-Sully), Montpellier. — 27. Eybert (Julien-Ferdinand-P Saint-Martin. — 28. Dercle (Charles-Ursmar), Lille. — 29. Fob (Léon-Jean-Eugène-Constantin), Rennes. — 30. Zostivirst (Jean-Ma Désiré), Rennes.

Ces élèves devront se présenter, le 10 novembre prochain, à MM. médecins-chefs des hôpitaux auxquels ils sont affectés.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 12 octobre 1 M. Blin, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retra a été nommé au grade de médecin principal de deuxième classe dan cadre des officiers de réserve.

— Par décret, en date du 12 octobre 1888, ont été nommés dans cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les mé cins principaux de première classe de l'armée active, retraités : Po Massaloup et Lortat-Jacob.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médec majors de première classe de l'armée active, retraités : Champe Lanoaille de Lachèze et Mabboux.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les Drs B lin, Lahaye, Semelaigne, Chambor, Le Roy de Langevinière, Tabou Roi, Raison, Deladrière, Soyer, Foubert, Houtang, Fauvel, Frottier Desforges.

Au grade de pharmacien principal de première classe. — M. Bouill pharmacien principal de première classe de l'armée active, retraité.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 15 octobre 18 ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. Guyot, médecin de première clas

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins d deuxième classe Offret, Dubut et Castagné.

Faculté de médecine de Paris. — La distribution des prosecteurs e des aides d'anatomie dans les pavillons de l'Ecole pratique de la Facul pour le semestre d'hiver est arrêtée de la manière suivante :

Pavillon I : prosecteur, M. Villemin; aides d'anatomie, MM. Legue Isch-Wall, Chipault.

Pavillon II : prosecteur, M. Hartmann; aides d'anatomie, MM. Chevalier, Calot, Faure.

Pavillon III : prosecteur, M. Delbet; aides d'anatomie, MM. Pfender, gron, Delagénière.

Pavillon IV : prosecteur, M. Lejars; aides d'anatomie, MM. Thiéry, ffel, Arnould.

Pavillon V : prosecteur, M. Potherat ; aides d'anatomie, MM. Mor-t, Regnauld, Philippe.

Pavillon VI : prosecteur, M. Boiffin; aides d'anatomie, MM. Lyot, ques de Fursac, Lafourcade.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par arrêté ministériel, en e du 16 octobre 1888, la chaire de clinique des maladies mentales et rveuses de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

École de médecine de Marseille. — Un concours s'ouvrira le 12 avril 89, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de ppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Mar-ille.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit cours.

— M. le Dr Nepveu est nommé professeur d'anatomie pathologique à cole de médecine de Marseille.

M. le Dr Roux, chargé de cours à l'Ecole de médecine de Marseille, est mmé professeur de thérapeutique à la dite École.

M. le Dr Fallot, suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille, est mmé professeur d'hygiène et de médecine légale à ladite Ecole, en placement de M. Pauchon, dont la délégation est expirée.

École de médecine de Clermont-Ferrand. — M. Imbert-Gourbeyre, fesseur d'hygiène et de thérapeutique à l'École de médecine de Cler-nt, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à rtir du 1er novembre 1888.

Conseil d'hygiène. — A la dernière séance du Conseil d'hygiène pu-ique et de salubrité de la Seine, M. Goubaux a donné lecture d'un pport concluant à la nécessité pour l'administration d'inviter les mu-ipalités des communes suburbaines à créer, dans un bref délai, des attoirs publics, de façon à faire disparaître les tueries particulières s bouchers et des charcutiers. Ce rapport a été adopté.

A la suite de plusieurs cas de *nécrose phosphorée* qui se sont produits ans le personnel employé à la fabrication des allumettes chimiques, . Brouardel a été prié d'indiquer les mesures qu'il y aurait lieu de prescrire pour empêcher le retour de ces accidents.

Sur la proposition de M. Brouardel, et après des observations de MM. Rochard, baron Larrey, Linder, Riche, Troost, Lancereaux et Lé-pine, le Conseil émet l'avis qu'il y a lieu de faire examiner tous les mois, par un dentiste, les dents des ouvriers fabriquant les allumettes chimiques, tant qu'on n'aura pas substitué le phosphore amorphe au phosphore blanc, ce qui serait à tous les points de vue très désirable.

M. Brouardel fait connaître que les vapeurs d'essence de térébenthine sont employées dans les fabriques d'allumettes, comme moyen prophy-

lactique de la nécrose phosphorée, et il demande au Conseil quelle
valeur de ce procédé.

MM. Peligot et Lancereaux ne sont pas persuadés de l'efficacité
vapeurs de térébenthine comme moyen prophylactique, bien que l
sence de térébenthine soit employée avec succès contre l'intoxi
phosphorée.

M. Dujardin-Beaumetz dit qu'il serait bon de faire des expériences.

Le Conseil charge MM. Brouardel, Troost, Lancereaux, Trélat, Ri
et Peligot, de l'examen de cette question.

LA PELADE DANS LES ÉCOLES. — M. le ministre de l'instruction pu
que vient d'adresser aux préfets et aux recteurs une circulaire relativ
la prophylaxie de la pelade. Voici les dispositions prescrites à ce

Pour les écoles maternelles et les classes enfantines, tant qu'un
ficat médical n'aura pas attesté la guérison, la non-admission ou l
sion seront la règle, parce que la rigueur de ces mesures n'a pas
les enfants de cet âge la même gravité que pour ceux qui sont plu
çés et parce qu'il est impossible de compter en rien sur leur conco

Dans les autres écoles, les instituteurs seront autorisés à admett
élèves atteints de pelade, après avoir préalablement reçu un certi
médical attestant la possibilité de recevoir le sujet et sous la réserve
l'observation des prescriptions ci-dessous.

Les enfants peladiques devront être séparés pendant les classes
isolés pendant les récréations. Si la présence d'un de ces malades, ad
ou conservés par tolérance, venait à occasionner des cas nouveaux,
tolérance cesserait aussitôt.

Pour préserver les sujets sains, les contacts immédiats seront évit
en obligeant les peladiques à maintenir leur tête couverte ou au moins
surface malade. Les autres élèves seront prévenus de n'employer au
objet appartenant à leurs camarades et particulièrement les objets qui
été en rapport avec la tête et la face de ceux-ci. L'échange des coiff
cause fréquente de transmission, sera sévèrement interdit.

LEGS. — M. le docteur E. Belle, décédé le 8 septembre dernier,
Moissac, a légué, à l'Association générale des médecins de France,
fortune, évaluée à plus de 100,000 fr., pour fonder des secours de 500
aux médecins malheureux.

LA SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS se réunira le jeudi 25 octobre, au
ordinaire de ses séances, rue Boissy-d'Anglas, 35, salle Prat, 10,
du Retiro.

Ordre du jour : 1° M. BESANÇON, au nom de MM. MORAND et RICHARD
Prolapsus de la muqueuse uréthrale chez une petite fille; opération.

2° M. LETULLE : Essai sur le tremblement mercuriel.

3° Communications diverses.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine. A. DAVY, success
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

plantait un clou dans un mur, on demandait trois aumônes en l'honneur de saint Laurent, et la douleur disparaissait. Parfois le son des cloches amenait le même résultat.

Le remède à l'hémorrhagie, c'était de saigner du nez sur des fétus de paille en croix ou de placer dans le dos une clé forée.

Celui qui courait çà et là dans une église, évitait la pleurésie. Attacher une branche de prunier dans la cheminée, appliquer un soc de charrue au creux de l'estomac, cela préservait du mal de gorge. La coutume provençale, en ce cas, consistait à bénir, le 3 février, jour de la Saint Blaise, du pain, du sel et du raisiné, regardés comme des spécifiques.

En se roulant tout nu dans un champ d'avoine, en arrachant une poignée d'avoine en grappe et en se laissant sécher sur une haie, on se prémunissait contre la gale. On crachait dans la gueule d'une grenouille vivante, et l'on éloignait la toux.

Les biscotins de Saint-Denis étaient un remède contre la rage. Pour qui plongeait ses mains dans le fumier, le 1er mai, pas d'engelures possibles. La fontaine de la Reine, sur la montagne de Candiel, près de Laucane (Tarn), délivrait de la lèpre ceux qui se plongeaient dans son eau.

On extirpait les furoncles en soufflant à jeun trois fois de suite, neuf jours durant, dans la bouche du malade ; on enlevait les maux d'oreille en les touchant avec une main de squelette ; on domptait le mal de tête en se liant les tempes avec une corde de pendu.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 22 au 27 octobre 1888.

Lundi 22. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Gariel, Lutz, Villejean. — 1er examen doctorat (2e série) : MM. Gautier, Hanriot, Blanchard.

Mardi 23. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Duplay, Brun, Maygrier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Proust, Troisier, Hanot.

Mercredi 24. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Baillon, Lutz, Pouchet. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gautier, Bourgoin, Villejean. — 1er examen, doctorat (3e série) : MM. Regnauld, Hanriot, Blanchard.

Jeudi 25. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Gariel, Hanriot, Pouchet. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gautier, Lutz, Blanchard. — 1er examen, doctorat (3e série) : MM. Baillon,

Saison d'hiver. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 15 octobre 1888.

Des conférences sur l'Histologie normale et pathologique seront faites par M. le chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Service de santé militaire (*Concours d'admission en* 1888). — *Liste, par ordre de mérite et par catégorie, des 60 candidats admis à l'emploi d'élève du service de santé militaire, pour être attachés aux hôpitaux militaires ci-après désignés :*

I. *Etudiants en médecine à* 16 *inscriptions.* — 1. Austic (Gabriel-Jean), Saint-Martin, à Paris. — 2. Beigneux (Louis-Baptiste-Octave), Bordeaux). — 3. Verdierre-Coquil (Paul-Antoine-Emile-Bazile), Gros-Caillou, à Paris. — 4. Barré (Henri-Jacques), Saint-Martin. — 5. Vialaneiy (François-Charles-Edouard), Gros-Caillou.

II. *Etudiants en médecine à* 12 *inscriptions.* — 1. Vèzes (Jean), Gros-Caillou. — 2. Allard (Jules-Henri-Frédéric), Gros-Caillou. — 3. Roulet (Léonard), Bordeaux. — 4. Cadet (Auguste-Emile-Marie), Saint-Martin. — 5. Narmord (Louis-Marie-Gustave), Saint-Martin.

III. *Etudiants en médecine à* 8 *inscriptions.* — 1. Pichon (Georges-Charles-Eugène), Nancy. — 2. Iversenc (Edmond-Jean-Joseph-Marcelin), salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier. — 3. Merciolle (Maurice-Jean-Marie), Gros-Caillou. — 4. Rusquet (Paul-Jacques), Bordeaux. — 5. Laporte (Jean-Edouard), Bordeaux. — 6. Patte (Pierre-Louis-Amédée), Nancy. — 7. Le Golc (Victor-Emile), Bordeaux. — 8. Fayot (Albert-Victor), Nancy. — 9. Baisses (Jean-Pierre-René), Desgenettes, à Lyon. — 10. Thomas (Louis-Maurice-Isidore), Nancy. — 11. Briço (Adolphe-Charles-Joseph), Lille. — 12. Teissier (Charles), Montpellier. — 13. Coup (Edmond-Marie-Jean-Baptiste), Gros-Caillou. — 14. Althrffer (André-Charles), Saint-Martin. — 15. Sendrol (Emile-Prosper-Louis), Saint-Martin. — 16. Mauroux (Pierre-Flavien-Prosper-François), Bordeaux. — 17. Moinst (Georges-Auguste-Paul), Gros-Caillou. — 18 Pouy (Jean-François), Saint-Martin. — 19. Marsais (Gaston-Louis), Gros-Caillou. — 20. Boulet (Joseph-André), Bordeaux.

IV. *Etudiants en médecine à* 4 *inscriptions.* — 1. Viguié (Gaston), Montpellier. — 2. Dettling (Georges-Edouard), Nancy. — 3. Verse (Léonce-Clément-Louis), Montpellier. — 4. Pécheux (Henri-Constantin), Saint-Martin. — 5. Vouigre (Denis-Joseph-Antoine), Saint-Martin. — 6. Le Mitouard (Alfred-Gustave-Marie), Gros-Caillou. — 7. Denoy (Julien-Elie), Montpellier. — 8. Albouze (Eugène-Philippe), Saint-Martin. — 9. Biétrix (Adolphe-Emile-Henri), Desgenettes. — 10. Raynaud (Paul), Desgenettes. — 11. Coupry (Théodule-Jean-Georges), Bordeaux. — 12. Roqueplo (Antoine-Anatole-Joseph), Marseille. — 13. Bronber (Jacques-

Pavillon III : prosecteur, M. Delbet; aides d'anatomie, MM. Pfender, Dagron, Delagénière.

Pavillon IV : prosecteur, M. Lejars; aides d'anatomie, MM. Thiéry, Rieffel, Arnould.

Pavillon V : prosecteur, M. Potherat ; aides d'anatomie, MM. Mordret, Regnauld, Philippe.

Pavillon VI : prosecteur, M. Boiffin; aides d'anatomie, MM. Lyot, Roques de Fursac, Lafourcade.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par arrêté ministériel, en date du 16 octobre 1888, la chaire de clinique des maladies mentales et nerveuses de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

Ecole de médecine de Marseille. — Un concours s'ouvrira le 12 avril 1889, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— M. le Dr Nepveu est nommé professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole de médecine de Marseille.

M. le Dr Roux, chargé de cours à l'Ecole de médecine de Marseille, est nommé professeur de thérapeutique à la dite École.

M. le Dr Fallot, suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille, est nommé professeur d'hygiène et de médecine légale à ladite Ecole, en remplacement de M. Pauchon, dont la délégation est expirée.

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — M. Imbert-Gourbeyre, professeur d'hygiène et de thérapeutique à l'École de médecine de Clermont, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1888.

Conseil d'hygiène. — A la dernière séance du Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, M. Goubaux a donné lecture d'un rapport concluant à la nécessité pour l'administration d'inviter les municipalités des communes suburbaines à créer, dans un bref délai, des abattoirs publics, de façon à faire disparaître les tueries particulières des bouchers et des charcutiers. Ce rapport a été adopté.

A la suite de plusieurs cas de *nécrose phosphorée* qui se sont produits dans le personnel employé à la fabrication des allumettes chimiques, M. Brouardel a été prié d'indiquer les mesures qu'il y aurait lieu de prescrire pour empêcher le retour de ces accidents.

Sur la proposition de M. Brouardel, et après des observations de MM. Rochard, baron Larrey, Linder, Riche, Troost, Lancereaux et Lépine, le Conseil émet l'avis qu'il y a lieu de faire examiner tous les mois, par un dentiste, les dents des ouvriers fabriquant les allumettes chimiques, tant qu'on n'aura pas substitué le phosphore amorphe au phosphore blanc, ce qui serait à tous les points de vue très désirable.

M. Brouardel fait connaître que les vapeurs d'essence de térébenthine sont employées dans les fabriques d'allumettes, comme moyen prophy-

En outre de ces avantages matériels, nos jeunes collègues auront eu des avantages moraux qu'ils n'auront pas moins pris en considération. Jusqu'ici, le nombre des places d'internes n'était nullement fixé, de sorte qu'à la fin du concours des influences de toutes sortes arrivaient à faire augmenter le nombre de ces places d'après la valeur non des candidats qui venaient à la suite, mais des protections qu'ils pouvaient mettre en jeu.

Une récente décision du directeur de l'Assistance publique, dont nous ne saurions trop féliciter M. Peyron et ceux qui l'ont conseillé, fixe d'avance à 46 le nombre de places qui seront données cette année. Il ne peut donc plus y avoir sur ce point la moindre surprise.

Ce nombre de 46 n'a pas été fixé d'une façon arbitraire. Il a fallu faire une sorte de calcul de probabilité, tenir compte du nombre des internes qui sont arrivés à la fin de leur période normale, des décès, des démissions qui se sont produites et de celles qui peuvent être données au commencement de l'an prochain, des volontaires d'un an qui ont été reçus l'année dernière et qui vont entrer en fonction cette année, enfin de deux nouvelles places pour le service de chirurgie infantile qui va être créé à l'hôpital Tenon. Tout cela fera à peu près 46 places vacantes au 1er février prochain.

Les candidats d'aujourd'hui connaissent donc très nettement le but que ce concours doit leur permettre d'atteindre ; c'est un avantage que nous n'avions pas de notre temps. A. Ch.

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. le prof. GRANCHER.

Spléno-pneumonie chez l'enfant.

(Leçon recueillie par le Dr P. *Le Gendre*, chef de clinique adjoint, et revue par le professeur).

Le 13 août 1883, je faisais à la *Société médicale des Hôpitaux*, une communication dans laquelle je décrivais une affection pulmonaire offrant tous les signes de la pleurésie, et pour cette raison, toujours confondue avec elle. Je proposais de consacrer son individualité nosologique en lui donnant le nom de spléno-pneumonie, introduit par M. Joffroy dans le langage médical, pour définir une des formes de la broncho-pneumonie. Quand je suis venu ainsi annoncer à mes collègues l'existence d'une maladie nouvelle, j'ai rencontré, je dois le dire, l'incrédulité ; ma communication « fut accueillie avec « froideur et réserve par quelques-uns, sans enthousiasme par le « plus grand nombre », comme le dit M. Paul Bourdel, résumant les

impressions qui se produisirent alors. M. Bourdel a réuni dans une thèse fort bien faite les documents épars sur cette question.

Il rappelle la définition que j'ai donnée de la maladie nouvelle. « Entre la congestion pulmonaire simple, type décrit si bien par « Woillez, et la pneumonie lobaire franche, à côté de la broncho-« pneumonie, il existe un état morbide du poumon, sorte de pneu-« monie subaiguë, qui simule une pleurésie avec épanchement « moyen, et qui mérite une description et une dénomination propres. » En relisant aujourd'hui cette définition, je n'en regrette pas les termes. Je les avais bien pesés, et ils sont demeurés exacts. Quant à la dénomination, je la crois bonne à conserver aussi ; elle est plus brève et plus compréhensible que celle de « congestion pulmonaire pseudo-pleurétique », que M. Dreyfus-Brissac a proposé de lui substituer. N'est-il pas juste, d'ailleurs, de concéder aux auteurs qui décrivent un état morbide nouveau, le droit de lui choisir un nom ? L'étymologie de spléno-pneumonie ne vient pas, comme quelques-uns ont semblé le croire, du mot grec qui signifie rate (la rate n'a rien à voir ici), mais du terme splénisation usité en anatomie pathologique, pour désigner une sorte d'inflammation diffuse, subaiguë du poumon, avec exsudat moins fibrineux que celui de la pneumonie lombaire. Au surplus, la nosologie est encombrée du mot congestion pulmonaire ; nous avons les congestions pulmonaires passives, bilatérales, périphériques ou limitées, le type de Woillez, etc. La dénomination que je propose assure à l'état pathologique que j'ai décrit une autonomie et une entité nécessaires.

Depuis que j'occupe cette chaire de clinique infantile, j'ai rencontré assez souvent la spléno-pneumonie, pure ou associée à d'autres états pathologiques chez l'enfant ; et le fait nouveau que nous observons en ce moment vous prouvera la similitude presque parfaite des signes de la spléno-pneumonie et de ceux de la pleurésie. Ainsi s'explique la confusion si habituelle des deux maladies, et la méconnaissance de la spléno-pneumonie par quelques médecins qui ne veulent rien oublier.

Le 27 décembre 1887 entrait au n° 27 de la salle Sainte-Geneviève une fillette de 11 ans. Je laisse de côté ses antécédents de famille qui n'ont rien d'important dans ce cas. Les antécédents personnels sont nuls, l'enfant n'ayant pas été malade jusqu'à sa maladie actuelle. Le début de celle-ci fut, dit la petite fillette : un gonflement des pieds et du ventre. Presque en même temps, elle éprouvait une toux légère et de l'essoufflement. Quand on l'examina à son entrée, on trouva un œdème très manifeste des membres inférieurs et une ascite, à liquide mobile, assez considérable. Aucun trouble cardiaque n'existait cependant.

Le thermomètre dénotait une fièvre très légère, la température oscillant entre 38.2 et 38,5. L'examen du thorax fit voir qu'il n'y avait pas d'ampliation du côté gauche du thorax ni de déviation du sternum. M. Peyrot a signalé, dans d'intéressantes recherches sur les modifications que subit la cage thoracique par suite des épanchements pleuraux une déviation de la partie inférieure du sternum du côté de l'épanchement et un changement de forme du thorax, qu'il a baptisé thorax oblique ovalaire. La déviation du sternum peut être rendue apparente dans les cas douteux par le signe *du cordeau*, c'est-à-dire en comparant la direction du sternum à celle d'un fil qu'on a soin de tendre de la fourchette sternale à la symphyse pubienne suivant l'axe médian du corps.

Chez notre petite malade, le cordeau ne révélait aucune déviation sternale, et la mensuration des deux moitiés symétriques du périmètre thoracique montrait leur égalité parfaite : 38 centimètres de part et d'autre. Ces mesures précises ne faisaient que confirmer la sensation fournie par un procédé d'exploration très simple que Lasègue recommandait : l'amplexion, qui consiste à embrasser entre ses deux mains chaque moitié du thorax pour en apprécier le volume.

La palpation nous permit encore de constater que les vibrations vocales allaient s'affaiblissant de la partie moyenne du poumon gauche jusqu'à la base où elles étaient complètement abolies.

La percussion révélait l'existence de la matité dans cette région. La recherche de la zone semi-lunaire de Traube nous fit voir qu'elle avait conservé sa sonorité normale. Vous savez que la disparition de cette zone sonore est un très bon signe d'épanchement pleural gauche ; dans deux cas seulement le signe de Traube peut être en défaut, mais ce sont des cas exceptionnels. Certaines adhérences pleurales consécutives à une ancienne pleurésie diaphragmatique, peuvent faire disparaître définitivement la zone de Traube. Au contraire, dans certains cas, l'estomac distendu peut, en luttant contre la pression du diaphragme, maintenir sonore la zone de Traube, malgré l'existence d'un épanchement dans la plèvre.

L'auscultation nous fit entendre un souffle expiratoire, à la fois doux et aigu, à tonalité haute ; un vrai souffle du type pleurétique. La pectoriloquie aphone, cette qualité factice que prend la voix chuchotée en traversant un épanchement, était perceptible. Il y avait de l'égophonie, signe qui est encore considéré par beaucoup de médecins très instruits comme pathognomonique de la pleurésie.

Et pourtant, s'agissait-il d'une pleurésie dans ce cas ? N'était-on pas en face d'une spléno-pneumonie ? C'est la question que se posa mon chef de clinique, M. Queyrat, très au courant des difficultés de

ce problème. Il y avait des raisons pour et contre. Le seul moyen de sortir d'embarras était de faire des ponctions exploratrices. Quelques-uns de mes collègues se sont élevés contre ces ponctions qu'ils ont déclarées dangereuses. Ils auraient raison si on les faisait avec une aiguille malpropre et sans avoir pris soin de laver la peau. Mais je puis affirmer que les ponctions sont absolument inoffensives quand elles ont été faites avec le soin nécessaire. J'en ai pratiqué pour ma part un très grand nombre et jamais un seul accident ne s'est produit; il ne doit jamais s'en produire. M. Queyrat ayant donc pris soin de laver la peau avec une solution phéniquée et la liqueur de Van-Swieten et de flamber l'aiguille de la seringue de Pravaz, fit plusieurs ponctions exploratrices. Il s'assura, au préalable, que le jeu du piston était convenable ; le frottement doit être assez doux pour que le piston puisse redescendre de lui-même dans le corps de pompe tant que le vide y existe et pas trop doux cependant, pour que le vide puisse se faire exactement. On peut d'ailleurs faire la ponction et ne tirer le piston qu'après avoir enfoncé l'aiguille, ou enfoncer celle-ci après avoir préalablement tiré le piston.

Chez les enfants, il suffit d'enfoncer l'aiguille à une profondeur de 5 à 6 millimètres. C'est ce que fit M. Queyrat, une fois dans le sixième et deux fois dans le septième espace intercostal. Chaque fois il ne retira que quelques gouttes de sang et quelques bulles d'air. Il est nécessaire de ne pas se contenter d'une seule ponction, car, dans certaines pleurésies, le poumon ayant été fixé contre la paroi par des adhérences pleurales, on peut le rencontrer à une première ponction, tandis que l'aiguille, plongée un peu à côté, eût pénétré dans la couche liquide. Deux jours après, une nouvelle ponction fut faite et, à une profondeur de 8 millimètres, pénétra en plein parenchyme pulmonaire; mais lorsqu'on eut ramené l'aiguille de 3 millimètres environ en arrière, on vit pénétrer dans la seringue un peu de liquide séro-sanguinolent, qui provenait de la plèvre, dans laquelle, au cours de la spléno-pneumonie, peut se produire une très mince lame de liquide, sans que cet épanchement insignifiant ait droit au nom de pleurésie.

Le diagnostic de spléno-pneumonie est donc le seul qui convienne à l'état morbide qu'a présenté notre petite malade; l'évolution s'est faite rapidement, l'enfant est aujourd'hui bien portante quinze jours après le début de la maladie.

Cette durée a été un peu courte pour une spléno-pneumonie

D'ailleurs, je ne puis vous donner ce fait comme une spléno-pneumonie simple, la malade ayant présenté de l'albuminurie, de l'œdème, de l'ascite : tandis que sous la clavicule existait le schème 3 et non le schème 2. En outre, nous n'avons pas entendu de crépita-

tion dans les foyers de la lésion pulmonaire, les vibrations ne réapparaissaient pas graduellement à mesure qu'on s'éloignait de la zone de matité, comme cela s'observe en général ; le début n'avait pas été marqué par un point de côté, ni par des frissons. Sans parler donc de sa brièveté, cette spléno-pneumonie a revêtu une forme légère et un peu fruste. Ce n'en est pas moins une spléno-pneumonie que nous avons eue sous les yeux.

La connaissance de cette maladie, qui emprunte à la pleurésie presque tous ou même tous ses signes et qui notamment s'accompagne de ce signe que Laënnec considérait comme pathognomonique de la pleurésie : l'égophonie, prouve qu'on pouvait encore glaner, même après ce grand ouvrier, dans le champ qu'il a si complètement moissonné. L'œuvre de Laënnec est tout à fait admirable ; il a vu tout ou à peu près tout dans la séméiologie pulmonaire. Il a décrit tous les types et créé des noms pour tous ; il a eu cette idée de génie d'introduire la physique dans l'étude des signes cliniques. Il a pourtant erré en un point, quand il a admis et proclamé l'existence des signes pathognomoniques, par exemple lorsqu'il a affirmé que l'égophonie ne peut exister que dans la pleurésie.

Cette erreur, d'éminents médecins, certains de mes collègues, la partagent encore. Et pourtant, il n'y a plus à s'abuser sur ce point, le temps des signes pathognomoniques est passé ; ni le souffle caverneux, ni la pectoriloquie sonore ou aphone, ni le râle crépitant, ni le souffle tubaire, ni la matité, ni le souffle aigu dit pleurétique, *ni le* gargouillement n'ont droit au nom de signes pathognomoniques. Je ne connais plus guère que le frottement pleurétique auquel on puisse accorder cette qualification (et il n'a été d'ailleurs découvert qu'un peu après Laënnec).

Puisqu'il fallait renoncer à la chimère des signes pathognomoniques, j'ai pensé qu'on pouvait tirer, au point de vue du diagnostic, un parti avantageux du groupement des signes physiques dans un certain ordre et c'est à quelques-unes de ces associations de signes que j'ai attribué le nom de *schèmes*. J'espère vous montrer quelque jour l'utilité que peut offrir leur étude. Mais, pour cesser cette digression et revenir au diagnostic de la spléno-pneumonie, sur quels signes peut-on s'appuyer pour la distinguer de la pleurésie dans un cas comme le suivant ?

Un jeune homme de 18 à 20 ans, n'ayant jamais été malade, sans antécédents héréditaires, subit un refroidissement. Il éprouve un point de côté, des frissons, de la fièvre, il a une petite toux sèche. L'examen stéthoscopique de sa poitrine décèle dans un côté du thorax, en général à gauche, tous les signes d'une pleurésie : matité absolue, diminution des vibrations, souffle expiratoire, égophonie.

On assiste les jours suivants à l'augmentation de tous ces signes, qui peuvent persister quinze jours à trois semaines, puis on constate le retour progressif et lent à l'état normal et la convalescence n'est complète qu'au bout de six semaines. C'est bien là tout le tableau d'une pleurésie, mais c'est bien aussi celui d'une spléno-pneumonie. N'y a-t-il donc pas de signes physiques différentiels qui puissent permettre le diagnostic ? Si ; il y en a quelques-uns qui par leur rapprochement peuvent apporter une grande lumière dans le problème.

D'abord, au lieu d'une égophonie très pure, l'oreille perçoit d'ordinaire dans la spléno-pneumonie des vibrations vocales un peu plus confuses, obscures, d'une tonalité moins haute, c'est plutôt de la broncho-égophonie. Cependant M. Bourdel et M. Queyrat ont rapporté des cas où l'on percevait la vraie voix de jeton, l'égophonie typique.

En second lieu, la fin des inspirations, dans la spléno-pneumonie, on entend souvent de toutes petites crépitations, sèches, discrètes, disséminées par foyers restreints, mais au niveau desquels elles sont très abondantes ; elles persistent pendant une bonne période de la maladie, 10 à 15 jours.

Dans la pleurésie, comme le poumon flottant au-dessus de l'épanchement est densifié, les vibrations vocales reparaissent brusquement et accrues au-dessus de la ligne de matité. On constate le passage sans transition de l'état de vibrations nulles à l'état de vibrations exagérées. Au contraire, dans la spléno-pneumonie la transition est graduelle, les vibrations reparaissent peu à peu.

Enfin, dans la spléno-pneumonie qui siège à gauche, en général l'espace de Traube est conservé, tandis qu'il est effacé dans la pleurésie de côté.

Chacun de ces signes pris isolément ne serait pas d'un grand secours, mais, en les groupant, on arrive au tableau d'une pleurésie insolite, c'est-à-dire d'une spléno-pneumonie. Mais l'hésitation est souvent permise, et dans ce cas, la ponction exploratrice lève tous les doutes.

M. Queyrat a, dans un mémoire fort bien fait sur les diverses formes de congestion pulmonaire, ajouté au tableau de la spléno-pneumonie deux signes à ceux que j'avais indiqués : ce sont le déplacement du cœur et l'absence de déviation du sternum. Dans la spléno-pneumonie gauche, le cœur est légèrement refoulé, comme dans les épanchements moyens; cette constatation ne fait d'ailleurs qu'ajouter à la difficulté du diagnostic, mais, en outre, il n'y a pas de déviation de l'appendice xiphoïde du côté du poumon atteint de spléno-pneumonie, et on s'en rend compte, comme je vous l'ai dit,

par le signe du cordeau. Cependant, MM. Pitres et Franck ont vu, dans des cas très rares, il est vrai, la spléno-pneumonie s'accompagner de déviation du sternum.

Vous retiendrez de cette leçon, messieurs, que la spléno-pneumonie existe chez l'enfant, comme chez l'adulte, à l'état simple, simulant une pleurésie de moyenne intensité, ou à titre de complication d'un état pathologique complexe.

Dans une leçon prochaine, je m'efforcerai de vous tracer les différences étiologiques et pronostiques de la spléno-pneumonie et de la pleurésie. (*Bull. méd.*).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 *octobre* 1888. — *Présidence de* M. Hérard.

M. *Le Roy de Méricourt* présente à l'Académie de la part de M. Maurel, médecin principal de la marine en retraite, deux observations manuscrites de filariose.

M. *Regnauld* présente de la part de M. Fortuné, de Montpellier, un travail intitulé : Contribution à l'étude des antipyritiques.

M. *le Président* annonce la mort de M. Abadie, de Nantes, correspondant de l'Académie dans la 3e division.

Note sur la contagiosité de la vulvo-vaginite des petites filles. — M. *Aug. Ollivier*. La contagiosité de la vulvo-vaginite des petites filles a été récemment indiquée par le Dr Suchard de Lavey qui a en outre signalé l'un des modes de cette contagion, le bain en commun. Cette contagion n'est pas admise par tout le monde, comme le croit M. Suchard. M. Ollivier rapporte des cas de contagion d'enfant à enfant. Deux petites filles étant soignées pour un écoulement vulvo-vaginal à l'hôpital des Enfants-Malades, il y en eût bientôt 15 autres dans la salle. M. Ollivier considérant cette affection comme contagieuse prit des précautions pour la protection des sujets sains et en effet l'épidémie s'arrêta complètement.

La contagion était possible par les mains des infirmières, par les éponges, par les vases et le siège des cabinets d'aisance ; elle était probable puisqu'il n'y avait pas de vulvo-vaginite dans le service avant l'entrée des deux petites filles et qu'il n'y en eut plus après la mise en vigueur des mesures prophylactiques.

Au point de vue de la nature même du contage, M. Ollivier fait actuellement des recherches expérimentales avec M. Luzet, interne du service.

Prix. — M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture du programme

d'un prix de 5,000 roubles, récemment fondé en Russie et destiné à stimuler les *recherches sur la nature du poison qui se développe dans le poisson salé non cuit.*

Voici quel est ce programme :

1° Définir, par la voie d'expériences exactes, la nature tant physique que chimique du poison qui se développe dans les poissons ;

2° Etudier, en expérimentant sur les animaux, l'effet de ce poison sur le cœur, la circulation du sang, les organes digestifs et le système nerveux ;

3° Déterminer la promptitude de l'absorption du poison par les organes digestifs ;

4° Etudier et décrire les signes caractéristiques dont on pourrait se servir pour distinguer le poisson contaminé de celui qui ne l'est pas ;

5° Indiquer les moyens pour préserver le poisson contre le développement des éléments toxiques ;

6° Indiquer le contrepoison et les moyens de secours médical à donner aux personnes empoisonnées.

Les ouvrages devront parvenir, au plus tard, le 1er janvier 1893 au Ministère des Domaines de l'Empire.

PLACENTA DOUBLE DANS UN CAS DE GROSSESSE SIMPLE. — M. *Guéniot* montre un placenta double. Chacun de ces placentas représente une grossesse de 7 à 8 mois. Le cordon avant d'arriver au placenta se divise en deux cordons entre lesquels se partagent les vaisseaux. L'examen du cordon prend ici une importance essentielle. Cet examen est d'autant plus difficile que ces cordons plus grêles se brisent facilement. Les sages-femmes en général ne se hâtent pas d'avouer qu'elles ont brisé un cordon, et c'est ainsi que des masses placentaires peuvent rester dans l'utérus. C'est ainsi qu'il n'y a dans la science que cinq ou six cas de placenta double avec un seul cordon bifurqué.

Ce fait peut avoir beaucoup d'importance au point de vue médico-légal, par exemple dans les cas où un infanticide ayant été commis dans le voisinage, une femme accouchée d'un seul enfant avec placenta double serait accusée d'avoir eu deux jumeaux et d'en avoir fait disparaître un.

VACCINE. — M. *Hervieux* lit le rapport officiel sur la pratique de la vaccine pendant l'année 1887.

PRIX DAUDET. — M. *Vidal* lit le rapport sur les mémoires envoyés pour le concours du prix Daudet.

A 4 h. 1/2, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des conclusions des deux rapports ci-dessus.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

—

Tableau des actes du 29 octobre au 3 novembre 1888.

Lundi 29. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Reclus, Jalaguier. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Gautier, Lutz, Villejean. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gariel, Bourgoin, Blanchard. — 1er examen, doctorat (3e série) : MM. Baillon, Bouchardat, Hanriot. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, A. Robin, Reynier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Guyon, Budin, Segond. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Potain, Déjerine, Chauffard. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Straus, Lancereaux, Landouzy.

Mardi 30. — Dissection : MM. Berger, Campenon, Quenu. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Baillon, Lutz, Hanriot. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gariel, Bourgoin, Blanchard. — 1er examen, doctorat (3e série) : MM. Gautier, Bouchardat, Villejean. — 3e examen doctorat, oral (1re partie) : MM. Duplay, Bouilly, Maygrier. — 3e examen, doctorat (2e partie) (1re série) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Hutinel. — 3e examen (2e partie), (2e série) : MM. Peter, Ball, Ballet. — 4e examen, doctorat : MM. Proust, Joffroy, Quinquaud. — 5e examen, doctorat (1re partie) Charité : MM. Panas, Tarnier, Brun. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. G. Sée, Grancher, Hanot.

Mercredi 31. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Regnauld, Bourgoin, Villejean. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gautier, Lutz, Blanchard. — 1er examen, doctorat (3e série) : MM. Gariel, Bouchardat, Hanriot. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Déjerine. — 2e examen, officiat (fin d'année) : MM. Straus, Reclus, A. Robin. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Trélat, Budin, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Guyon, Kirmisson, Segond.

Thèses pour le doctorat. — *Mercredi* 31, à 1 heure. — Mlle GOLDSPIEGEL : Contribution à l'étude de l'hystérie chez les enfants. *Président* : M. Charcot. — M. LE ROUX : Contribution à l'étude de l'artérite syphilitique. *Président* : M. Damaschino.

NÉCROLOGIE

Le Dr SIRY, ancien médecin inspecteur des écoles de la ville de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Thorcy (Seine-et-Marne), à l'âge de quatre-vingt-six ans.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Un concours s'ouvrira, le 12 avril 1889, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

L'ECOLE D'ANTHROPOLOGIE, qui entre dans sa treizième année d'existence, ouvrira ses cours le lundi 5 novembre 1888, à 8 heures 1/2 du soir, dans son local habituel, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Les cours se succéderont dans l'ordre suivant :

Lundi à 4 heures. — M. LETOURNEAU : Histoire des civilisations.

Lundi à 5 heures. — M. MATHIAS DUVAL : Anthropogénie et Embryologie comparées.

Lundi à 8 heures 1/2 du soir. — M. G. DE MORTILLET : Antrophologie préhistorique, *avec projections*.

Mardi à 5 heures. — M. GEORGES HERVÉ : Anthropologie zoologique.

Mercredi à 4 heures. — M. TOPINARD : Anthropologie générale.

Vendredi à 5 heures. — M. MANOUVRIER : Anthropologie physiologique.

Samedi à 4 heures 1/2. — M. BORDIER : Géographie médicale.

UN FAUX DOCTEUR. — Le sieur Daudé (Joseph), âgé de 59 ans, vient de comparaître devant le Tribunal correctionnel, comme se faisant appeler le Dr Grégoire. Il guérissait tous ses malades ! A Montpellier, où il a habité longtemps, *aucune consultation n'avait lieu, pour un cas grave, sans qu'il y fût appelé en même temps qu'une des sommités de la Faculté de médecine.* Il était venu, disait-il, à Marseille, pour y soigner les malades abandonnés par les hommes de l'art. La guérison du mal caduc était une de ses spécialités. Avec de pareils antécédents, Daudé s'était vite créé une clientèle d'autant plus qu'il ne faisait pas payer d'honoraires. Il se bornait à demander des sommes de 10 et 20 francs pour faire venir de Montpellier ou de Paris les médicaments qu'il jugeait nécessaires. Seulement, il oubliait de faire venir les médicaments, ou bien, s'il en remettait, ce n'était que des drogues d'une valeur insignifiante. Cela fit perdre confiance aux malades et quelques-uns d'entre eux portèrent plainte au parquet contre leur trop négligent docteur. La police fit une enquête, et il en résulta que le Dr Grégoire n'était qu'un faiseur du nom de Daudé, non diplômé, et ayant déjà subi plusieurs condamnations, dont

une pour exercice illégal de la médecine. On l'arrêta, et à la suite d'une instruction, Daudé a comparu devant le tribunal, sous la prévention d'escroquerie.

M. le substitut de Breteilhac, qui soutenait la prévention, a demandé contre l'inculpé l'application de l'article 405 du code pénal, se basant sur ce que l'escroquerie résultait de la fausse qualité prise par Daudé pour se faire remettre des sommes destinées à l'achat de médicaments qu'il devait faire venir de Paris ou de Montpellier, alors qu'il ne remettait que des médicaments insignifiants ou d'une valeur nulle.

Le Tribunal, présidé par M. Mallet, n'a pas paru adopter ce système. Il s'est demandé si le délit reproché au prévenu n'était pas celui d'exercice illégal de la médecine, prévu et puni par la loi du 19 ventôse an XI.

De la densité de la population dans quelques grandes villes. — Moscou présente une superficie de 627 verstes carrées ou 7,142 hectares et compte 733,182 habitants.

Voici, pour quelques grandes capitales, les chiffres correspondants.

Saint-Pétersbourg, superficie : 10,302 hectares. Population : 861,303 habitants.

Londres, superficie : 31,597 hectares. Population : 3,816,483 habitants.

Paris, superficie : 7,803 hectares. Population : 2,269,26 habitants.

Berlin, superficie : 6,204 hectares. Population 1,122,230 habitants.

Vienne, superficie : 5,340 hectares. Population : 725,658 habitants.

Il en résulte qu'au point de vue de la densité de la population, Paris arrive en première ligne avec 290,8 habitants à l'hectare, puis viennent successivement :

Berlin, avec 180,9 habitants à l'hectare.

Vienne, avec 130,9 habitants à l'hectare.

Londres, avec 120,7 habitants à l'hectare.

Saint-Pétersbourg, avec 83,6 habitants à l'hectare.

Cours d'accouchements. — MM. les docteurs G. Lepage et J. Potocki, anciens internes des hôpitaux, commenceront le lundi 12 novembre, à quatre heures et demie, un cours pratique d'accouchements.

Ce cours gratuit aura lieu tous les jours de quatre heures et demie à cinq heures et demie, 41, rue des Écoles (à l'Association générale des Etudiants) : ce cours sera complet en 36 leçons et comprendra des exercices pratiques sur le mannequin.

MM. les Etudiants qui désirent suivre ce cours sont priés de se faire inscrire soit chez le docteur G. Lepage, 10, rue Godot-de-Mauroi, soit chez le docteur J. Potocki, 104, rue du Faubourg-Poissonnière, ou au Secrétariat de l'Association générale, 41, rue des Écoles.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.—A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

On assiste les jours suivants à l'augmentation de tous ces signes, qui peuvent persister quinze jours à trois semaines, puis on constate le retour progressif et lent à l'état normal et la convalescence n'est complète qu'au bout de six semaines. C'est bien là tout le tableau d'une pleurésie, mais c'est bien aussi celui d'une spléno-pneumonie. N'y a-t-il donc pas de signes physiques différentiels qui puissent permettre le diagnostic ? Si ; il y en a quelques-uns qui par leur rapprochement peuvent apporter une grande lumière dans le problème.

D'abord, au lieu d'une égophonie très pure, l'oreille perçoit d'ordinaire dans la spléno-pneumonie des vibrations vocales un peu plus confuses, obscures, d'une tonalité moins haute, c'est plutôt de la broncho-égophonie. Cependant M. Bourdel et M. Queyrat ont rapporté des cas où l'on percevait la vraie voix de jeton, l'égophonie typique.

En second lieu, la fin des inspirations, dans la spléno-pneumonie, on entend souvent de toutes petites crépitations, sèches, discrètes, disséminées par foyers restreints, mais au niveau desquels elles sont très abondantes ; elles persistent pendant une bonne période de la maladie, 10 à 15 jours.

Dans la pleurésie, comme le poumon flottant au-dessus de l'épanchement est densifié, les vibrations vocales reparaissent brusquement et accrues au-dessus de la ligne de matité. On constate le passage sans transition de l'état de vibrations nulles à l'état de vibrations exagérées. Au contraire, dans la spléno-pneumonie la transition est graduelle, les vibrations reparaissent peu à peu.

Enfin, dans la spléno-pneumonie qui siège à gauche, en général l'espace de Traube est conservé, tandis qu'il est effacé dans la pleurésie de côté.

Chacun de ces signes pris isolément ne serait pas d'un grand secours, mais, en les groupant, on arrive au tableau d'une pleurésie insolite, c'est-à-dire d'une spléno-pneumonie. Mais l'hésitation est souvent permise, et dans ce cas, la ponction exploratrice lève tous les doutes.

M. Queyrat a, dans un mémoire fort bien fait sur les diverses formes de congestion pulmonaire, ajouté au tableau de la spléno-pneumonie deux signes à ceux que j'avais indiqués : ce sont le déplacement du cœur et l'absence de déviation du sternum. Dans la spléno-pneumonie gauche, le cœur est légèrement refoulé, comme dans les épanchements moyens; cette constatation ne fait d'ailleurs qu'ajouter à la difficulté du diagnostic, mais, en outre, il n'y a pas de déviation de l'appendice xiphoïde du côté du poumon atteint de spléno-pneumonie, et on s'en rend compte, comme je vous l'ai dit,

35e Année. — Tome II. N° 125 Jeudi 25 Octobre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 24 octobre 1888.

La contagiosité ne jouait pas jusqu'ici un grand rôle dans l'étiologie de la vulvo-vaginite des petites filles, quoique récemment M. Suchard (de Lavey) ait signalé l'un des modes de cette contagion, le bain en commun. M. Aug. Ollivier vient d'avoir, dans ses salles de l'hôpital des Enfants-Malades, une petite épidémie qui paraît trancher la question. Peu après l'arrivée dans une salle de deux petites filles atteintes de vulvo-vaginite, quinze autres enfants étaient prises de la même manière. Il était possible que la contagion se fût effectuée soit par les mains des infirmières, soit par les éponges, les vases ou les sièges des cabinets d'aisance ; et, en effet, M. Ollivier fit prendre des mesures prophylactiques à la suite desquelles cette petite épidémie s'arrêta complètement.

M. Guéniot a présenté à l'Académie un placenta double trouvé dans un cas de grossesse simple. Chaque placenta avait le volume qu'il a dans une grossesse de 7 à 8 mois. Le cordon d'abord simple se divisait près de ses insertions placentaires en deux cordons entre lesquels se partageaient les vaisseaux.

Les faits de ce genre, très rares dans la science, peuvent avoir une certaine importance en médecine légale : que l'on trouve deux placentas alors que la femme n'a déclaré qu'un enfant, on peut croire qu'elle a eu deux jumeaux et qu'elle en a fait disparaître un.

La séance de l'Académie s'est terminée par la lecture du rapport de M. Hervieux sur l'exercice de la vaccine pendant l'année 1887 et du rapport de M. Vidal sur le concours du prix Daudet.

— Les candidats à l'internat ont fait vendredi dernier la composition écrite dans des conditions qu'auraient beaucoup enviées leurs moins fortunés prédécesseurs. Une salle avait été sinon luxueusement, du moins commodément aménagée, de telle sorte que chaque candidat pouvait écrire sur une table au lieu d'être obligé de subir les positions désagréables et souvent pénibles dans lesquelles jusqu'ici leurs devanciers passaient deux longues heures dans le grand amphithéâtre de l'avenue Victoria.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 29 octobre au 3 novembre 1888.

Lundi 29. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Reclus, Jalaguier. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Gautier, Lutz, Villejean. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gariel, Bourgoin, Blanchard. — 1er examen, doctorat (3e série) : MM. Baillon, Bouchardat, Hanriot. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, A. Robin, Reynier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Guyon, Budin, Segond. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Potain, Déjerine, Chauffard. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Straus, Lancereaux, Landouzy.

Mardi 30. — Dissection : MM. Berger, Campenon, Quenu. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Baillon, Lutz, Hanriot. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gariel, Bourgoin, Blanchard. — 1er examen, doctorat (3e série) : MM. Gautier, Bouchardat, Villejean. — 3e examen doctorat, oral (1re partie) : MM. Duplay, Bouilly, Maygrier. — 3e examen, doctorat (2e partie) (1re série) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Hutinel. — 3e examen (2e partie), (2e série) : MM. Peter, Ball, Ballet. — 4e examen, doctorat : MM. Proust, Joffroy, Quinquaud. — 5e examen, doctorat (1re partie) Charité : MM. Panas, Tarnier, Brun. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. G. Sée, Grancher, Hanot.

Mercredi 31. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Regnauld, Bourgoin, Villejean. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gautier, Lutz, Blanchard. — 1er examen, doctorat (3e série) : MM. Gariel, Bouchardat, Hanriot. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Déjerine. — 2e examen, officiat (fin d'année) : MM. Straus, Reclus, A. Robin. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Trélat, Budin, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Guyon, Kirmisson, Segond.

Thèses pour le doctorat. — *Mercredi* 31, à 1 heure. — Mlle GOLDSPIEGEL : Contribution à l'étude de l'hystérie chez les enfants. *Président* : M. Charcot. — M. LE ROUX : Contribution à l'étude de l'artérite syphilitique. *Président* : M. Damaschino.

NÉCROLOGIE

Le Dr Siry, ancien médecin inspecteur des écoles de la ville de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Thorcy (Seine-et-Marne), à l'âge de quatre-vingt-six ans.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Montpellier. — Un concours s'ouvrira, le 12 avril 1889, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

L'Ecole d'Anthropologie, qui entre dans sa treizième année d'existence, ouvrira ses cours le lundi 5 novembre 1888, à 8 heures 1/2 du soir, dans son local habituel, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Les cours se succéderont dans l'ordre suivant :

Lundi à 4 heures. — M. Letourneau : Histoire des civilisations.

Lundi à 5 heures. — M. Mathias Duval : Anthropogénie et Embryologie comparées.

Lundi à 8 heures 1/2 du soir. — M. G. de Mortillet : Antrophologie préhistorique, *avec projections*.

Mardi à 5 heures. — M. Georges Hervé : Anthropologie zoologique.

Mercredi à 4 heures. — M. Topinard : Anthropologie générale.

Vendredi à 5 heures. — M. Manouvrier : Anthropologie physiologique.

Samedi à 4 heures 1/2. — M. Bordier : Géographie médicale.

Un faux docteur. — Le sieur Daudé (Joseph), âgé de 59 ans, vient de comparaître devant le Tribunal correctionnel, comme se faisant appeler le Dr Grégoire. Il guérissait tous ses malades ! A Montpellier, où il a habité longtemps, *aucune consultation n'avait lieu, pour un cas grave, sans qu'il y fût appelé en même temps qu'une des sommités de la Faculté de médecine.* Il était venu, disait-il, à Marseille, pour y soigner les malades abandonnés par les hommes de l'art. La guérison du mal caduc était une de ses spécialités. Avec de pareils antécédents, Daudé s'était vite créé une clientèle d'autant plus qu'il ne faisait pas payer d'honoraires. Il se bornait à demander des sommes de 10 et 20 francs pour faire venir de Montpellier ou de Paris les médicaments qu'il jugeait nécessaires. Seulement, il oubliait de faire venir les médicaments, ou bien, s'il en remettait, ce n'était que des drogues d'une valeur insignifiante. Cela fit perdre confiance aux malades et quelques-uns d'entre eux portèrent plainte au parquet contre leur trop négligent docteur. La police fit une enquête, et il en résulta que le Dr Grégoire n'était qu'un faiseur du nom de Daudé, non diplômé, et ayant déjà subi plusieurs condamnations, dont

fusé, il se produit des amas d'hématoblastes qui forment bientôt des masses granuleuses compactes. A ces amas s'ajoutent des globules blancs et un nombre variable de globules rouges. Ainsi prennent naissance de petits caillots constitués par deux parties distinctes : une partie centrale, incolore, hématoblastique ; une partie périphérique, rouge, composée d'hématies conglomérées et fortement adhérentes les unes aux autres. Ces petits caillots innombrables sont, pour la plupart, visibles à l'œil nu et rendent, par suite, le sang grumeleux (concrétions par précipitation grumeleuse). Charriés par le sang, ils vont oblitérer un nombre plus ou moins considérable de petits vaisseaux et produisent des hémorragies par embolies.

En même temps, il y a presque toujours une destruction active des hématies par dissolution de l'hémoglobine. L'action dissolvante s'opère, soit sur l'une seulement des deux espèces de sang, soit sur les deux à la fois. Cependant, la mise en liberté de l'hémoglobine dans le mélange sanguin n'est pas la cause productrice des concrétions par précipitation, car celles-ci se forment instantanément avant toute dissolution globulaire. Les stromas mis en liberté peuvent, en s'agglutinant, donner lieu à des amas plus ou moins volumineux; mais, contrairement à l'opinion de Landois, ces amas de stromas ne paraissent pas concourir à la production des lésions emboliques.

III. Ce sont les transfusions faites sur le chien avec le sang du bœuf qui provoquent les concrétions les plus volumineuses. La périphérie de ces petits caillots est constituée par des globules de chien fortement cohérents.

Les injections de sang de chien faites au chevreau déterminent des effets analogues. Ici encore ce sont des hématies du chien qui s'attachent au noyau hématoblastique central pour constituer les concrétions emboliques.

De toutes ces transfusions, les mieux supportées sont celles qui sont faites chez le chien avec le sang du cheval. Elles déterminent cependant à très haute dose, et après saignées successives suivies de transfusions, de nombreuses concrétions par précipitation dont la périphérie est formée, comme toujours, par des hématies ; mais les globules rouges du cheval ressemblent trop à ceux du chien pour qu'on puisse reconnaître à quelle espèce de sang appartiennent les amas globulaires.

IV. A la suite des injections de sang de bœuf ou de sang de cheval au chien la dissolution globulaire est relativement peu prononcée; ce sont les lésions emboliques qui dominent. Au contraire, lorsqu'on injecte du sang de chevreau au chien, les lésions emboliques paraissent nulles, tandis que la destruction globulaire est d'une remar-

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Sur l'élimination, par les urines, des matières solubles vaccinantes fabriquées par les microbes en dehors de l'organisme.

par MM. A. Charrin et Armand Ruffer.

L'un de nous a établi (*Comptes rendus*, 24 octobre 1887) que l'on peut conférer au lapin l'immunité contre la maladie pyocyanique, en injectant au préalable à cet animal les produits solubles des cultures débarrassées de tout microbe par la chaleur et la filtration sur porcelaine.

M. Bouchard a ensuite démontré (*Comptes rendus*, 4 juin 1888) qu'il était possible d'obtenir la même immunité à l'aide des urines provenant de lapins ayant succombé à l'infection pyocyanique, urines également débarrassées de tout microbe.

Ces dernières expériences prouvent que la plus grande part au moins des substances chimiques vaccinantes, fabriquées par le microbe dans le corps de l'animal, s'éliminent par le rein.

Nous avons cherché à savoir si les matières solubles vaccinantes, qui prennent naissance en dehors de l'organisme vivant, dans les milieux de culture artificiels, seraient capables de traverser le corps du lapin et de se retrouver dans les urines, sans avoir perdu la propriété de conférer l'immunité.

Pour résoudre la question, nous avons semé le bacille du pus bleu dans du bouillon de bœuf stérilisé, neutre ou très faiblement alcalin, renfermé dans des ballons placés à l'étuve à 35°C., et contenant 1 litre de bouillon. Six jours après l'ensemencement, le liquide, agité de temps en temps, présentait les réactions de la pyocyanine.

Nous l'avons alors filtré plusieurs fois sur du papier, puis nous l'avons porté à l'autoclave et chauffé à 115°C. pendant dix minutes. Les bouillons ensemencés avec le liquide ainsi chauffé étant demeurés stériles, ce liquide a été injecté dans le tissu cellulaire de lapins avec toutes les précautions antiseptiques. Les quantités injectées quotidiennement, pendant trois jours de suite, ont été de 20 c.c. par kilogramme. Nous avons soumis au régime lacté les lapins en expérience, afin de diminuer la toxicité de leur sécrétion urinaire. A l'aide d'un dispositif spécial, ces urines ont pu être recueillies aussitôt après chaque miction.

La filtration sur porcelaine les a débarrassées des germes qu'elles pouvaient contenir. Elles ont ensuite été injectées dans la proportion

(1) Note présentée à l'Académie des sciences par M. le professeur Bouchard.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. — N° 126. SAMEDI 27 OCTOBRE 1888.

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

Ostéomyélite traumatique de la tête humérale. — M. *Delens* fait un rapport sur un travail de M. Chavasse. Il s'agit d'un matelot ayant fait une chute sur le moignon de l'épaule droite. Epanchements sanguins puis abcès avec fistules qui conduisent dans l'articulation et permettent de reconnaître une ostéo-arthrite. La résection de la tête humérale est pratiquée, M. Chavasse tombe sur un séquestre et pratique la section de l'humérus dans un tissu osseux, sain, mais éburné ; après le curage des trajets fistuleux, la plaie est suturée et réunie par première intention sauf sur un point. A l'examen de la pièce, on ne trouve pas de tubercules. Un mois après l'opération, il survient un gonflement de la cuisse droite accompagné de douleurs et de fièvre : c'est une périostéomyélite du fémur qui cesse du reste et le blessé ne peut plus être suivi. M. Chavasse pense qu'il a eu affaire à une ostéomyélite infectieuse et se demande si l'infection s'était produite avant son intervention. M. Delens admet cette opinion et croit qu'elle a pu se produire au moment des premiers abcès, l'antisepsie n'ayant peut-être pas été rigoureusement faite.

M. *Quenu* cite à ce propos une curieuse observation d'ostéomyélite pour laquelle il a pratiqué aussi la résection de la tête humérale, il y a cinq ans. Quelques jours après l'opération il eut aussi des accidents généraux très graves. Il incisa alors les parties molles sur le bord externe de l'humérus, appliqua sur ce point une couronne de trépan et vida complètement le canal médullaire qui servit de drain et le malade alla fort bien ; mais il succomba à une fièvre typhoïde. M. Quenu examina les parties opérées et ne constata aucune nécrose.

Traitement du cancer de l'utérus. — M. *Bouilly* prend la parole à propos du travail lu par M. Verneuil dans la dernière séance. Certes la bénignité de l'amputation partielle du col utérin paraît acquise au début et pour sa part il la fait dans certains cas et préfère même le bistouri à l'écraseur. Mais le point important n'est pas là. M. Verneuil attaque l'hystérectomie totale dans la cure des cancers utérins et M. Bouilly s'étonne de voir son maître qui a toujours soutenu les ablations larges et totales pour le sein, pour les épithéliomas de la langue, faire une exception pour l'utérus. La seule raison est que l'extirpation totale est grave, mais ne l'est-elle pas dans les opérations faites sur la bouche ou sur le rectum. Dans ces conditions faut-il ne pas opérer ou se borner à intervenir dans ces cas idéaux où le mal est limité à une petite partie du col sans prolongements dans le fond de la cavité utérine ; car il ne peut admettre l'amputation partielle dans le cas d'envahissement total de l'organe, c'est contraire aux préceptes qui sont enseignés dans le traitement des cancers. Aussi ne veut-il pas rejeter l'extirpation totale. C'est

encore une opération jeune, pratiquée depuis trop peu de temps pour pouvoir être jugée d'une manière définitive. Les chiffres qu'on peut apporter ne sont pas assez nombreux puisqu'il n'y a que trois ans qu'elle est pratiquée en France. Voici pourtant la statistique de M. Bouilly.

Depuis 1886 jusqu'en 1888, ce chirurgien a pratiqué 30 fois l'hystérectomie et a eu 23 guérisons et 7 morts qui se répartissent de la façon suivante :

Année	1886	10 cas	3 morts.
—	1887	8 —	2 —
—	1888	12 —	2 —

Les morts de 1886 sont imputables au chirurgien, deux des malades n'auraient pas dû être opérées à cause du mauvais état des régions environnantes. Aussi M. Bouilly ne put-il pas éviter la déchirure de la vessie dans un cas, une hémorrhagie qui fit mourir la seconde et une péritonite septique chez la troisième.

En 1887, une de ses opérées mourut au cinquième jour de péritonite septique ; mais les hémorrhagies constantes avaient rendu impossible l'antisepsie vaginale. La deuxième mort fut causée par le pincement de l'S iliaque. Il s'agissait du reste d'un cas complexe, gros utérus bourré de fibromes et épithélioma du col. Ici, de l'avis de M. Bouilly, il eût fallu faire l'amputation partielle.

En 1888, les deux morts sont dues au diabète et à une pneumonie intercurrente, on peut donc remarquer qu'avec l'expérience du chirurgien les dangers opératoires s'améliorent et finissent même par disparaître.

M. Bouilly n'a pu suivre toutes ses opérées ; mais il en a une de 1886 qui est sans récidive et en parfaite santé. De 1887 il a des femmes qu'il suit depuis 16 mois 1/2, 15, 13 et 11 mois et il n'a encore observé que deux récidives. En 1888 il compte 5 guérisons et 5 récidives à l'heure actuelle. Ces résultats lui permettent d'espérer que l'opération s'améliorera. Il a appris à l'école de M. Verneuil à s'acharner et à juger ; il attendra donc pour ne plus pratiquer l'hystérectomie totale que l'avenir ait prononcé.

M. *Richelot* continue le débat et reconnaît que l'ablation totale est certainement plus difficile que l'amputation partielle et par conséquent réservée aux grands centres hospitaliers où rien ne manque. M. Verneuil a apporté une statistique dans laquelle il se place au point de vue de la suture ; pour sa part, il veut ne considérer que la cure radicale, la guérison définitive, et dans ces conditions les chiffres du professeur de la Pitié ne sont pas très concluants.

M. Verneuil demande qu'on adopte sa manière de compter et

qu'on recherche la survie moyenne sous peine de voir la discussion s'égarer.

M. Richelot est partisan de l'ablation totale parce que pour lui l'amputation partielle ne s'adresse qu'à une forme anatomique particulière du cancer, à la forme en chou-fleur qui est très rare; pour son compte il n'en a rencontré que deux cas. Tous les cancers intra-cervicaux qui sont les plus nombreux remontent jusqu'au fond de l'utérus, sont quelquefois interstitiels et pour eux la section du col est insuffisante.

M. Richelot a pratiqué 24 fois l'hystérectomie vaginale, a eu 9 morts opératoires et 15 guérisons; sur ces 15 guérisons, 2 toutes récentes ne peuvent encore entrer en ligne de compte. Sur les 13 autres, il y en a 2 opérées incomplètement qui portent encore leur cancer, il y en a 6 qui ont récidivé et 5 qui sont indemnes de toute lésion. En terminant, M. Richelot, comme M. Bouilly, demande qu'on attende avant de se prononcer.

M. Verneuil, pour mettre l'hystérectomie totale sur le même terrain que l'amputation partielle, abandonne si on le veut les chiffres donnés en 1884 et demande qu'on lui apporte des survies aussi belles que les siennes.

M. Kirmisson émet le vœu que la discussion ne porte que sur la survie comme l'a fait M. Verneuil; car la cure radicale d'un cancer n'existe ponr ainsi dire pas.

M. Pozzi est partisan de l'hystérectomie totale et apporte sa statistique. Il n'a pas fait beaucoup d'opérations parce qu'il considère qu'on ne doit intervenir que dans les cas qui sont tout à fait au début. Il a pratiqué 6 opérations et compte 1 mort et 5 guérisons. Sur ces 5 guérisons une récidive au bout de 5 mois et une malade opérée depuis 2 ans 1/2 sans récidive; mais si on consulte les statistiques étrangères, on voit l'hystérectomie totale vaginale devenir de plus en plus bénigne et donner seulement 15 0/0 de morts opératoires au lieu de 29 0/0 qu'elle donnait autrefois.

Schrœder dans ses 50 dernières opérations n'a même eu que 3 morts. L'hystérectomie totale peut donc égaler en bénignité l'amputation partielle. Si on considère la survie, on trouve que Léopold, dans sa statistique, sur 42 opérées, a eu 16 malades qui ont survécu un an, 9 qui ont survécu un an 1/2, 3 qui ont vécu 5 ans et 2 qui ont vécu 2 ans. Martin annonce 35 opérées sans récidive pendant un an et 32 sans récidive pendant un an 1/2 ; mais il est certain que si on prend les chiffres d'Hofmeyer qui fait un tableau comparatif des résultats des deux opérations, il semble que l'avantage reste à l'amputation partielle. Ce chirurgien trouve en effet qu'au bout de 3 ans il y a 42 0/0 de survie pour l'amputation partielle et 26 0/0 seulement

en faveur de l'extirpation totale. Au bout de 4 ans, 41 0/0 de survie pour l'amputation partielle et pas une guérison avec l'hystérectomie totale; ce qui tient, d'après M. Pozzi, au moment de l'intervention et à l'âge de la malade.

Si maintenant on interroge l'anatomie pathologique, on trouve qu'un cancer limité du museau de tanche est très souvent accompagné d'un noyau situé dans le corps (Cornil), ce qui rend l'amputation partielle insuffisante. Une dégénérescence sarcomateuse de la muqueuse accompagne souvent aussi l'épithélioma du col, il faut donc enlever tout l'utérus.

Pour ce qui est des métrites, Braun, de Vienne, a signalé leur amélioration par la simple section du museau de tanche. Lisfranc avait du reste inventé ce traitement et M. Pozzi s'en est bien trouvé dans maintes circonstances.

M. *Terrier*, au Congrès de chirurgie française, a prouvé que quatre fois sur dix-huit il y avait en même temps cancer du col et du corps d'après les examens faits au laboratoire de Ranvier. Il n'est pas de l'avis de M. Pozzi au sujet de la dégénérescence sarcomateuse, pour lui c'est une lésion inflammatoire, une métrite du corps. Il ne fera que donner une partie de sa statistique. Il n'a que 17,8 0/0 de mortalité opératoire, ce qui se rapproche beaucoup du chiffre 15 0/0 considéré comme le meilleur.

M. *Bouilly* voudrait qu'on ne confondît pas l'opération supra-vaginale avec la sous-vaginale, comme cela se trouve dans les statistiques étrangères. L'opération supra-vaginale n'est pas comparable à l'emploi d'une chaîne d'écraseur, c'est un évidement de l'utérus.

M. *Trélat* est aussi de cet avis. Jamais Hofmeyer ni ses élèves n'ont amputé le col avec l'écraseur ou l'anse galvano-caustique ; mais ils pratiquent une section profonde et conique au bistouri.

Série d'ovariotomies. — M. *Terrillon* apporte sa dernière série d'ovariotomies pratiquées de 1887 à 1888. Elle a trait à 35 opérations sur lesquelles il n'a eu que trois morts par l'intervention et jamais par péritonite ou septicémie. Tous les cas à l'exception de six furent compliqués, ce qui tient à la pratique des ponctions. Il faut donc ne pas recourir à ce moyen et opérer de bonne heure. Dans une opération il dut enlever l'utérus farci de fibromes en même temps que le kyste ovarien. Neuf fois sur trente-cinq, il a enlevé les ovaires et n'a pratiqué que trois fois le drainage. Il emploie le catgut préparé à la façon des frères Reverdin, c'est-à-dire dégraissé d'abord, puis soumis à une température de 130° et placé ensuite dans le sublimé.

Hypertrophie éléphantiasique du nez. Décortication. — M. *Le Dentu* présente un malade à qui il a pratiqué la décortication, pro-

cédé essentiellement français qu'on retrouve dans les Mémoires de chirurgie, qui a été rajeuni par Ollier, ce qu'on oublie trop à l'étranger. Il a fait cette opération suivant le procédé indiqué par Civadier, au bistouri, en rasant les cartilages et en enlevant tout ce qui dépassait. La cicatrisation est rapide, ce qui tiendrait d'après Hébra aux îlots d'épithélium glandulaire formés par la section du fond des glandes et qui agiraient comme des greffes.

M. *Kirmisson* a fait dernièrement une opération semblable; mais devant une hémorrhagie abondante il a laissé le bistouri pour le thermo-cautère. Ce qui l'a frappé c'est la diminution de l'acné périphérique.

M. *Th. Anger* a aussi pratiqué la décortication; mais n'a pas vu l'acné disparaître.

M. *Verneuil* n'a pas fait cette opération; mais a enlevé dans la même région de nombreux adénomes sudoripares, il préfère le thermo-cautère qui ne nuit en rien à la cicatrisation.

M. *Le Dentu* n'a pas été gêné par le sang, il craindrait la nécrose de quelques points du cartilage avec le thermo-cautère. Sur ce même malade il a enlevé autrefois 9 centimètres de sternum, on sent en effet le cœur battre sous la main, circonstance qu'il a utilisée pour prendre des tracés.

M. *Polaillon* présente un malade auquel il a enlevé tout le péroné pour une ostéo-myélite.

M. *Routier* présente une malade atteinte de panaris accompagné de plaques de sphacèle sur tout le membre supérieur.

M. *Richelot* présente un instrument appelé par son inventeur le défenseur du périnée et destiné à empêcher la rupture de cette région pendant l'accouchement.

EUGÈNE ROCHARD.



NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

COURS

Anatomie. — M. Farabeuf. — Les viscères thoraciques. — Les vaisseaux sanguins. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand amphithéâtre).

Physique médicale. — M. Gariel. — Phénomènes généraux et applications biologiques de l'électricité et de l'optique. — Lundi, mercredi, vendredi, à midi (Petit amphithéâtre).

Pathologie médicale. — M. Dieulafoy. — Maladies des voies respiratoires. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand amphithéâtre).

Chimie médicale. — M. Gautier. — Chimie organique générale et médicale. — Cours spécial de chimie biologique. — Dérivés azotés des albuminoïdes : série urique. — Ptomaïnes et leucomaïnes. — Digestion, lymphe, sang. — Jeudi, samedi, mardi, à 1 heure (Grand amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale. — M. Lannelongue, M. Bouilly, agrégé, chargé du cours. — Affections chirurgicales de la cavité de l'abdomen et des organes génitaux de l'homme et de la femme. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand amphithéâtre).

Opérations et appareils. — M. Duplay. — Thérapeutique des maladies chirurgicales de l'appareil digestif et de ses annexes (bouche, pharynx, œsophage, estomac, intestins, foie, etc.). — Opérations qui se pratiquent sur ces différents organes. — Chirurgie abdominale. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand amphithéâtre).

Histologie. — M. Mathias Duval. — Les éléments de la génération et l'appareil urinaire. — Les tissus conjonctif, cartilagineux et osseux. — Le système nerveux. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand amphithéâtre).

Anatomie pathologique. — M. Cornil. — Anatomie pathologique spéciale. — Organes de la respiration, de la digestion. — Organes génito-urinaires. — Autopsies. — Lundi, vendredi, mercredi à 5 heures, Faculté (Grand amphithéâtre, à 1 h. 1/2, École pratique (Amphithéâtre Bichat), à l'Hôtel-Dieu.

Histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. Laboulbène. — L'ancienne Académie de chirurgie. — Nosographie et thérapeutique historiques. — Biographie et bibliographie médicales. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit amphithéâtre).

Conférences de médecine légale. — M. Brouardel. — Conférences de médecine légale. — Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

CLINIQUES

Cliniques médicales. — MM. G. Sée, Potain, Jaccoud, Peter. — Cliniques médicales. — Lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'Hôtel-Dieu), mardi et samedi, à 10 heures (à la Charité), mardi et samedi, à 9 h. 1/2 (à la Pitié), mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'hôpital Necker).

Cliniques chirurgicales. — MM. Richet, Verneuil, Trélat, Le Fort. — Cliniques chirurgicales. — Mardi et samedi, à 10 heures à l'Hôtel-Dieu, lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures à la Pitié, lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures à la Charité, mardi, jeudi, samedi à l'hôpital Necker.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — M. Ball. — Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, dimanche et jeudi, à 10 heures à l'asile Sainte-Anne.

Clinique des maladies des enfants. — M. Grancher, clinique des maladies des enfants, mardi et samedi, à 10 heures à l'hôpital des Enfants-Malades.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. — M. Fournier, clinique

des maladies syphilitiques et cutanées, mardi et vendredi, à 9 heures à l'hôpital Saint-Louis.

Clinique des maladies du système nerveux. — M. Charcot, clinique des maladies du système nerveux, mardi et vendredi, à 9 h. 1/2 à la Salpêtrière.

Clinique ophthalmologique. — M. Panas, clinique ophthalmologique, lundi et vendredi, à 9 heures à l'Hôtel-Dieu.

Clinique d'accouchements. — M. Tarnier, clinique d'accouchements, mardi, jeudi, samedi, à 9 heures à la Clinique de la Faculté.

Visite des malades tous les matins.

CONFÉRENCES

Histoire naturelle. — M. Blanchard, agrégé. — Cryptogames. — Parasitisme animal. — Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (Grand amphithéâtre).

Physiologie. — M. Reynier, agrégé. — Fonctions de la reproduction. Organe des sens. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Petit amphithéâtre).

Pathologie générale. — M. Ballet, agrégé. — L'hérédité et les maladies héréditaires. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Salle Laënnec).

Pathologie interne. — M. Chauffard, agrégé. — Maladie du foie et de l'appareil urinaire. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Petit amphithéâtre).

Pathologie externe. — M. Schwartz, agrégé. — Maladies des os, des vaisseaux et des nerfs, maladies des membres — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Petit amphithéâtre).

Obstétrique. — M. Maygrier, agrégé. — Grossesse anormale et pathologique. — Accouchement simple. — Dystocie — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit amphithéâtre).

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 14 *au* 20 *octobre* 1888. — Fièvre typhoïde, 15.— Variole, 3. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 7. — Diphtérie, Croup, 19. — Phthisie pulmonaire, 190. — Autres tuberculoses, 22. — Tumeurs cancéreuses et autres, 40.

Méningite, 22. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 42. — Paralysie, 61. — Ramollissement cérébral, 16. — Maladies organiques du cœur, 47.

Bronchite aiguë et chronique, 58. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 73.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 86.

Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 29. — Suicides et autres morts violentes, 24. — Autres causes de mort, 183. — Causes inconnues, 7.

Nombre absolu de la semaine : 928. — Résultat de la semaine précédente : 986.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris, — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

encore une opération jeune, pratiquée depuis trop peu de temps pour pouvoir être jugée d'une manière définitive. Les chiffres qu'on peut apporter ne sont pas assez nombreux puisqu'il n'y a que trois ans qu'elle est pratiquée en France. Voici pourtant la statistique de M. Bouilly.

Depuis 1886 jusqu'en 1888, ce chirurgien a pratiqué 30 fois l'hystérectomie et a eu 23 guérisons et 7 morts qui se répartissent de la façon suivante :

Année	1886	10 cas	3 morts.
—	1887	8 —	2	—
—	1888	12 —	2	—

Les morts de 1886 sont imputables au chirurgien, deux des malades n'auraient pas dû être opérées à cause du mauvais état des régions environnantes. Aussi M. Bouilly ne put-il pas éviter la déchirure de la vessie dans un cas, une hémorrhagie qui fit mourir la seconde et une péritonite septique chez la troisième.

En 1887, une de ses opérées mourut au cinquième jour de péritonite septique ; mais les hémorrhagies constantes avaient rendu impossible l'antisepsie vaginale. La deuxième mort fut causée par le pincement de l'S iliaque. Il s'agissait du reste d'un cas complexe, gros utérus bourré de fibromes et épithélioma du col. Ici, de l'avis de M. Bouilly, il eût fallu faire l'amputation partielle.

En 1888, les deux morts sont dues au diabète et à une pneumonie intercurrente, on peut donc remarquer qu'avec l'expérience du chirurgien les dangers opératoires s'améliorent et finissent même par disparaître.

M. Bouilly n'a pu suivre toutes ses opérées ; mais il en a une de 1886 qui est sans récidive et en parfaite santé. De 1887 il a des femmes qu'il suit depuis 16 mois 1/2, 15, 13 et 11 mois et il n'a encore observé que deux récidives. En 1888 il compte 5 guérisons et 5 récidives à l'heure actuelle. Ces résultats lui permettent d'espérer que l'opération s'améliorera. Il a appris à l'école de M. Verneuil à s'acharner et à juger ; il attendra donc pour ne plus pratiquer l'hystérectomie totale que l'avenir ait prononcé.

M. *Richelot* continue le débat et reconnaît que l'ablation totale est certainement plus difficile que l'amputation partielle et par conséquent réservée aux grands centres hospitaliers où rien ne manque. M. Verneuil a apporté une statistique dans laquelle il se place au point de vue de la suture ; pour sa part, il veut ne considérer que la cure radicale, la guérison définitive, et dans ces conditions les chiffres du professeur de la Pitié ne sont pas très concluants.

M. Verneuil demande qu'on adopte sa manière de compter et

qu'on recherche la survie moyenne sous peine de voir la discussion s'égarer.

M. Richelot est partisan de l'ablation totale parce que pour lui l'amputation partielle ne s'adresse qu'à une forme anatomique particulière du cancer, à la forme en chou-fleur qui est très rare; pour son compte il n'en a rencontré que deux cas. Tous les cancers intra-cervicaux qui sont les plus nombreux remontent jusqu'au fond de l'utérus, sont quelquefois interstitiels et pour eux la section du col est insuffisante.

M. Richelot a pratiqué 24 fois l'hystérectomie vaginale, a eu 9 morts opératoires et 15 guérisons; sur ces 15 guérisons, 2 toutes récentes ne peuvent encore entrer en ligne de compte. Sur les 13 autres, il y en a 2 opérées incomplètement qui portent encore leur cancer, il y en a 6 qui ont récidivé et 5 qui sont indemnes de toute lésion. En terminant, M. Richelot, comme M. Bouilly, demande qu'on attende avant de se prononcer.

M. Verneuil, pour mettre l'hystérectomie totale sur le même terrain que l'amputation partielle, abandonne si on le veut les chiffres donnés en 1884 et demande qu'on lui apporte des survies aussi belles que les siennes.

M. Kirmisson émet le vœu que la discussion ne porte que sur la survie comme l'a fait M. Verneuil; car la cure radicale d'un cancer n'existe ponr ainsi dire pas.

M. Pozzi est partisan de l'hystérectomie totale et apporte sa statistique. Il n'a pas fait beaucoup d'opérations parce qu'il considère qu'on ne doit intervenir que dans les cas qui sont tout à fait au début. Il a pratiqué 6 opérations et compte 1 mort et 5 guérisons. Sur ces 5 guérisons une récidive au bout de 5 mois et une malade opérée depuis 2 ans 1/2 sans récidive; mais si on consulte les statistiques étrangères, on voit l'hystérectomie totale vaginale devenir de plus en plus bénigne et donner seulement 15 0/0 de morts opératoires au lieu de 29 0/0 qu'elle donnait autrefois.

Schrœder dans ses 50 dernières opérations n'a même eu que 3 morts. L'hystérectomie totale peut donc égaler en bénignité l'amputation partielle. Si on considère la survie, on trouve que Léopold, dans sa statistique, sur 42 opérées, a eu 16 malades qui ont survécu un an, 9 qui ont survécu un an 1/2, 3 qui ont vécu 5 ans et 2 qui ont vécu 2 ans. Martin annonce 35 opérées sans récidive pendant un an et 32 sans récidive pendant un an 1/2 ; mais il est certain que si on prend les chiffres d'Hofmeyer qui fait un tableau comparatif des résultats des deux opérations, il semble que l'avantage reste à l'amputation partielle. Ce chirurgien trouve en effet qu'au bout de 3 ans il y a 42 0/0 de survie pour l'amputation partielle et 26 0/0 seulement

en faveur de l'extirpation totale. Au bout de 4 ans, 41 0/0 de survie pour l'amputation partielle et pas une guérison avec l'hystérectomie totale; ce qui tient, d'après M. Pozzi, au moment de l'intervention et à l'âge de la malade.

Si maintenant on interroge l'anatomie pathologique, on trouve qu'un cancer limité du museau de tanche est très souvent accompagné d'un noyau situé dans le corps (Cornil), ce qui rend l'amputation partielle insuffisante. Une dégénérescence sarcomateuse de la muqueuse accompagne souvent aussi l'épithélioma du col, il faut donc enlever tout l'utérus.

Pour ce qui est des métrites, Braun, de Vienne, a signalé leur amélioration par la simple section du museau de tanche. Lisfranc avait du reste inventé ce traitement et M. Pozzi s'en est bien trouvé dans maintes circonstances.

M. *Terrier*, au Congrès de chirurgie française, a prouvé que quatre fois sur dix-huit il y avait en même temps cancer du col et du corps d'après les examens faits au laboratoire de Ranvier. Il n'est pas de l'avis de M. Pozzi au sujet de la dégénérescence sarcomateuse, pour lui c'est une lésion inflammatoire, une métrite du corps. Il ne fera que donner une partie de sa statistique. Il n'a que 17,8 0/0 de mortalité opératoire, ce qui se rapproche beaucoup du chiffre 15 0/0 considéré comme le meilleur.

M. *Bouilly* voudrait qu'on ne confondît pas l'opération supra-vaginale avec la sous-vaginale, comme cela se trouve dans les statistiques étrangères. L'opération supra-vaginale n'est pas comparable à l'emploi d'une chaîne d'écraseur, c'est un évidement de l'utérus.

M. *Trélat* est aussi de cet avis. Jamais Hofmeyer ni ses élèves n'ont amputé le col avec l'écraseur ou l'anse galvano-caustique ; mais ils pratiquent une section profonde et conique au bistouri.

Série d'ovariotomies. — M. *Terrillon* apporte sa dernière série d'ovariotomies pratiquées de 1887 à 1888. Elle a trait à 35 opérations sur lesquelles il n'a eu que trois morts par l'intervention et jamais par péritonite ou septicémie. Tous les cas à l'exception de six furent compliqués, ce qui tient à la pratique des ponctions. Il faut donc ne pas recourir à ce moyen et opérer de bonne heure. Dans une opération il dut enlever l'utérus farci de fibromes en même temps que le kyste ovarien. Neuf fois sur trente-cinq, il a enlevé les ovaires et n'a pratiqué que trois fois le drainage. Il emploie le catgut préparé à la façon des frères Reverdin, c'est-à-dire dégraissé d'abord, puis soumis à une température de 130° et placé ensuite dans le sublimé.

Hypertrophie éléphantiasique du nez. Décortication. — M. *Le Dentu* présente un malade à qui il a pratiqué la décortication, pro-

cédé essentiellement français qu'on retrouve dans les Mémoires de chirurgie, qui a été rajeuni par Ollier, ce qu'on oublie trop à l'étranger. Il a fait cette opération suivant le procédé indiqué par Civadier, au bistouri, en rasant les cartilages et en enlevant tout ce qui dépassait. La cicatrisation est rapide, ce qui tiendrait d'après Hébra aux îlots d'épithélium glandulaire formés par la section du fond des glandes et qui agiraient comme des greffes.

M. *Kirmisson* a fait dernièrement une opération semblable ; mais devant une hémorrhagie abondante il a laissé le bistouri pour le thermo-cautère. Ce qui l'a frappé c'est la diminution de l'acné périphérique.

M. *Th. Anger* a aussi pratiqué la décortication ; mais n'a pas vu l'acné disparaître.

M. *Verneuil* n'a pas fait cette opération ; mais a enlevé dans la même région de nombreux adénomes sudoripares, il préfère le thermo-cautère qui ne nuit en rien à la cicatrisation.

M. *Le Dentu* n'a pas été gêné par le sang, il craindrait la nécrose de quelques points du cartilage avec le thermo-cautère. Sur ce même malade il a enlevé autrefois 9 centimètres de sternum, on sent en effet le cœur battre sous la main, circonstance qu'il a utilisée pour prendre des tracés.

M. *Polaillon* présente un malade auquel il a enlevé tout le péroné pour une ostéo-myélite.

M. *Routier* présente une malade atteinte de panaris accompagné de plaques de sphacèle sur tout le membre supérieur.

M. *Richelot* présente un instrument appelé par son inventeur le défenseur du périnée et destiné à empêcher la rupture de cette région pendant l'accouchement.

EUGÈNE ROCHARD.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

COURS

Anatomie. — M. Farabeuf. — Les viscères thoraciques. — Les vaisseaux sanguins. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand amphithéâtre).

Physique médicale. — M. Gariel. — Phénomènes généraux et applications biologiques de l'électricité et de l'optique. — Lundi, mercredi, vendredi, à midi (Petit amphithéâtre).

35e Année. — Tome II. N° 127 Mardi 30 Octobre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HOPITAL NECKER. — M. LE PROFESSEUR PETER.

—

Dermatite exfoliatrice survenue chez une brightique. — Mort.

Par M. ROBERT LEUDET (1),
Interne des hôpitaux.

La nommée C..., 27 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital Necker, service de M. le Prof. Peter; elle a toujours eu une bonne santé jusqu'au moment de son mariage, il y a environ un an et demi.

Après trois ou quatre mois elle devint enceinte; en mars 1887, ses jambes commencent à enfler, l'œdème augmentant atteint le ventre vers le mois de juin. Dans les derniers temps de sa grossesse, vomissements très abondants, lait pour toute nourriture; à partir de ce moment surtout, elle enfle beaucoup, les jambes, les bras et la face étaient œdématiés quand elle entre à Necker le 2 août pour y accoucher le 12 d'un enfant mort; l'accouchement se fait bien.

C... reste enflée pendant les mois d'août et septembre, puis l'œdème diminue petit à petit et elle sort vers la fin d'octobre; elle s'alimente toujours avec du lait; vomit encore mais beaucoup moins. A sa sortie son ventre était encore gros, l'œdème des membres légèrement persistant, elle éprouvait de la céphalalgie.

Rentrée chez elle, la faiblesse accompagnée de dyspnée l'empêche de travailler. Elle revient le 26 janvier dans le service avec de l'œdème des membres inférieurs, de l'ascite, des vomissements; cet état s'accompagne de palpitations, de céphalée et de dyspnée.

Nous la trouvons à notre arrivée dans le service en février dans l'état suivant :

Œdème très prononcé des jambes augmentant quand la malade se lève, moins accentué aux cuisses.

Ascite abondante.

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

Pouls petit, fréquent; palpitations fréquentes. A la pointe du cœur souffle systolique bien net, en jet de vapeur.

Matité aux bases des deux poumons; râles sous-crépitants à grosses bulles au même endroit. Râles de bronchite disséminés dans toute sa hauteur.

Uu peu de toux; crachats blancs peu abondants. Au moindre exercice, dyspnée; mais il n'y a plus d'étouffements la nuit comme autrefois.

Céphalées fréquentes; les yeux se fatiguent facilement. Insomnie.

Règles suspendues depuis l'accouchement.

A peine un litre à un litre et demi d'urine par jour; albumine très abondante.

Traitement. Régime lacté exclusif; sirop de codéine, café, sirop de Lodd.

21 mars. Ponction abdominale; liquide citrin 7 litres et demi.

5 avril. Deuxième ponction : 6 litres. L'état général n'a pas changé; l'œdème augmente aux cuisses et au tronc, la face est également très bouffie.

23 mai. Troisième ponction : 8 litres.

Bruit de galop à la pointe. Les étouffements sont moins prononcés qu'autrefois.

Urines environ 1 litre dans les vingt-quatre heures, toujours très albumineuses. Parfois la malade mouche un peu de sang.

Pendant le mois de juin, on pratique une quatrième ponction, bientôt suivie d'une cinquième.

La malade commence à s'affaiblir beaucoup.

7 juillet. Sixième ponction : 8 litres de liquide, toujours de même aspect.

Le 15. Septième ponction, 8 litres et demi; huitième ponction à la fin du mois.

Vers le 21 juillet, apparition sur les membres inférieurs de larges plaques rougeâtres, avec un bourrelet très net, plutôt allongées que rondes; elles gagnent rapidement et en quelques jours les parties génitales, le tronc et arrivent à la face; elles sont accompagnées de démangeaisons insupportables, qui provoquent un grattage continuel. La malade se met littéralement en sang et ne peut reposer ni jour, ni nuit.

Ces plaques persistent environ une dizaine de jours, puis elles sont remplacées par une rougeur intense qui envahit tout le corps et ressemble absolument à la coloration de la scarlatine, elle envahit également tout le corps; elle est un peu moins marquée au cuir chevelu (Glycérolé d'amidon, vaseline).

Cet état s'accompagne d'une élévation de la température qui reste

du 27 juillet au 7 août dans les environs de 39° et même dépasse ce chiffre à plusieurs reprises.

Puis les démangeaisons, quoique encore continuelles, deviennent moins vives ; tout le corps desquame ; aux pieds et aux mains l'épiderme s'enlève par larges plaques comme dans la scarlatine ; aux jointures on constate également de larges squames, elles sont plus petites sur le reste du corps, principalement à la face et au cuir chevelu. Pas d'humidité sous les squames.

Le lit est rempli de squames qui tombent et se reproduisent continuellement.

En même temps l'œdème de tout le corps diminue et disparaît totalement à la face et aux membres supérieurs ; il persiste encore à l'abdomen et aux cuisses ; là même il finit par devenir à la longue presque insensible.

Amaigrissement général.

Vers le 11 septembre neuvième ponction : six litres (il est à noter qu'il n'en a pas été fait depuis la fin de juillet, tandis que jusqu'à cette date, on était arrivé à retirer huit litres et plus au bout de huit jours.

Le 15 septembre, il ne reste presque plus de grandes squames, sauf quelques-unes aux bras et au niveau de certaines articulations, telles que les coudes et les genoux. Sur le reste du corps desquamation furfuracée très abondante ; sur le cuir chevelu également. Les cheveux, auparavant, assez abondants, s'éclaircissent rapidement, on les enlève par poignées. Quelques larges squames subsistent encore au niveau de l'orifice de la dernière ponction.

Amaigrissement de plus en plus prononcé ; sensation de refroidissement ; même les jours de chaleur la malade réclame toujours des couvertures et un édredon.

Les lèvres sont sèches, enflées. Quelques squames à l'orifice des narines.

Les paupières rougeâtres, encore garnies de leurs cils, sont légèrement en ectropion, surtout les inférieures.

Les urines se maintiennent toujours dans les environs d'un litre et restent très albumineuses.

25 septembre. Squames fines toujours abondantes, principalement aux membres inférieurs. La peau semble épaissie quand on la pince entre deux doigts.

Il s'est formé depuis quelques jours à la partie postéro-interne de la cuisse gauche un vaste anthrax qui, ponctionné, guérit en quelques jours.

15 octobre. Toutes les larges squames ont disparu. Les ongles, à la racine, sont rongés et s'effritent ; ils sont légèrement striés dans le sens longitudinal. La malade ne se plaint plus de démangeaisons ; du

reste depuis plus d'un mois, depuis que les vives démangeaisons ont disparu, elle est dans un état d'apathie presque continuel, ne demande rien, toujours enveloppée de ses couvertures.

Diarrhée continuelle depuis trois semaines.

L'ascite ne se reproduit que très lentement.

Mort le 21 octobre dans la nuit, survenue dans un état d'affaiblissement complet ; aucune réaction douloureuse dans les derniers moments, ni plaintes, ni convulsions, ni dyspnée ; en un mot la malade s'est éteinte sans souffrances.

Autopsie le 22 octobre : Cordon très amaigri ; œdème très léger des malléoles.

Le système pileux a presque disparu ; il ne reste que quelques poils épars au pubis et aux aisselles, les cheveux sont réduits à quelques touffes dans la région occipitale.

Quatre ou 5 litres de liquide utérin s'écoulent à l'incision de l'abdomen; sur les anses intestinales quelques fausses membranes.

Périhépatite ; le foie d'un volume normal présente sur certains points vers les bords antérieurs un tour de la stase dans les veines sus-hépatiques, mais ce n'est pas encore le foie muscadé, son volume est normal.

Rein gauche 75 grammes, le droit, 90 grammes, tous deux petits, se désortiquent très difficilement. La substance urticale a presque disparu ; sur certains de ces points il existe quelques petits kystes visibles à la loupe ; à la surface quelques dépressions. Leur coloration générale est rouge grisâtre.

Rate : saine.

Cœur très volumineux grâce à une hypertrophie considérable du ventricule gauche avec dilatation. Le myocarde est altéré, autour des vaisseaux, à la coupe de la pointe et du pilier antérieur de ce ventricule on remarque que le tissu est d'un blanc grisâtre.

Toutes les valvules sont intactes, même la mitrale au foyer de laquelle on avait entendu un souffle net tout le temps, mais il était évidemment causé par la dilatation très considérable que l'on constate à l'orifice mitral.

Aorte petite, mais saine, sans athérome.

Les poumons sont adhérents, couverts de fausses membranes. Il n'y a pas de tubercules, ni d'autres lésions apparentes.

Rien dans les plèvres.

Remarques. Plusieurs points nous ont fait croire que cette observation méritait d'être rapportée. C'est d'abord la dermatite exfoliatrice elle-même, puisque jusqu'ici le nombre des observations rapportées est encore restreint, ainsi que le faisait remarquer dernièrement en citant un cas, notre collègue le Dr Girode (Annales de der-

matologie et de syphiligraphie, 25 septembre 1888); la nature de la maladie primitive le mal de Bright probablement consécutif lui-même à la grossesse.

Le sexe, la dermatite exfoliatrice ayant encore été plus fréquemment constatée chez l'homme; puis l'évolution des manifestations des divers appareils après apparition de la dermatite, la disparition presque totale de l'œdème, la grande diminution de l'épanchement péritonéal.

L'apparition d'un anthrax de la cuisse.

Enfin la terminaison évidemment due à l'état de faiblesse amené par la lésion cutanée.

La malade n'est pas morte par son cœur; elle n'a pas succombé non plus par son rein, car elle n'a eu ni dyspnée, ni asystolie, ni phénomènes d'urémie, les urines n'ont jamais énormément baissé. Ce sont les troubles de l'appareil cutané qui ont changé la façon dont elle était primitivement destinée à mourir, étant donné l'état du rein d'abord, du cœur ensuite.

MEMENTO PRATIQUE

Crème de toilette a la lanoline, par M. Vincent Fassati, pharmacien à Prague (Bohême). — Avec le mélange suivant, j'ai obtenu une pâte cosmétique très efficace contre les boutons, tannes, comédons et autres affections de la peau :

Lanoline	5 grammes.
Huiles d'amandes douces	5 —
Soufre précipité	5 —
Oxyde de zinc	2 gr. 50
Extrait de violette	0 gr. 50
— d'orcanette (*Anchusa tinctoria*)	Q. S., pour obtenir

une couleur de chair plus ou moins foncée.

Cette pâte présente l'avantage d'être facilement absorbée par la peau, à cause de la présence de la lanoline ; sa couleur permet d'en faire usage même pendant le jour. Il suffit d'en appliquer une couche très mince et de saupoudrer ensuite de stéatite ou d'amidon pulvérisé. (*Arch. de pharm.*)

Un nouvel anesthésique local : le hayap. — D'après les communications faites à la Société de médecine de Berlin, la thérapeutique se serait enrichie d'un nouveau médicament analgésique, appelé à détrôner la cocaïne. Il s'agirait d'une substance qui nous vient de l'Afrique et porte le nom de *hayap*; elle se présente sous la forme

d'une masse rouge; une solution aqueuse, instillée dans l'œil d'animaux, a déterminé, au bout d'un quart d'heure, une anesthésie locale très prononcée, qui dura de 10 à 24 heures; l'analgésie était telle que des excitations très fortes ne purent provoquer la moindre douleur, la moindre réaction. (*Rev. méd. de l'Est.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 *octobre* 1888. — Présidence de M. Siredey.

Traitement de la lithiase biliaire par l'huile d'olive a haute dose. — M. *Millard* communique une lettre qu'il a reçue en 1886 du Dr Feillée, d'Angers, et dans laquelle ce confrère relate qu'il a obtenu l'expulsion d'une vingtaine de calculs en faisant prendre le soir 125 grammes d'huile d'olive et le lendemain matin 40 à 60 grammes d'huile de ricin.

M. *Chauffard* rappelle que les travaux des médecins américains remontent à 1884. Il est probable que M. Feillie n'avait pas eu connaissance de ces travaux.

Tuberculoses anatomiques et lymphangites tuberculeuses. — M. *Morel Lavallée* présente, au nom du professeur Fournier et de M. Quinquaud, un ancien garçon de pavillon de dissection chez lequel on constate à la suite de tubercules anatomiques des lymphangites et des gommes tuberculeuses. Le traitement consiste en injections sous-cutanées de vaseline iodoformée faites à la racine du membre. L'état général est resté satisfaisant.

Corne du gland. — M. *Chauffard* présente le moulage d'une corne du gland qui s'est développée chez un homme d'une soixantaine d'années à la suite de l'ablation d'un petit papillôme du frein. Cette opération a eu lieu il y a deux ans; depuis lors, la corne se reproduit tous les quatre à six mois; elle mesure 8 centimètres et demi de long et 2 centimètres et demi de diamètre à son point d'implantation.

Kyste hydatique du foie. — M. *Troisier* présente un malade ponctionné en novembre 1886 et qui, depuis deux ans environ, souffrait de l'épaule droite et présentait des accidents dyspeptiques. Ce malade a guéri par une seule ponction aspiratrice et est resté guéri depuis deux ans: la palpation profonde permet cependant de constater que le foie est moins gros, bien que M. Troisier, qui suit depuis longtemps ce malade, a noté une diminution graduelle de ce volume.

M. *Bucquoy*, après avoir palpé le malade, pense qu'à première vue on ne saurait affirmer la guérison de ce malade; pour lui, il ferait volontiers une ponction aspiratrice.

M. *Féréol* fait remarquer que le malade éprouve encore quelques douleurs qui doivent faire penser qu'il existe encore en ce point un certain travail.

M. *Labbé* est d'avis qu'il faut avoir recours aux ponctions suivies d'injections antiseptiques ; il admet cependant qu'exceptionnellement la ponction simple peut être suivie de guérison.

Pouls lent permanent et urémie. — M. *Debove* rappelle les phénomènes et l'historique de cette affection que l'on attribue avec M. Charcot à une lésion anatomique du bulbe. M. Debove a pu, il y a deux ans, examiner histologiquement le bulbe et les méninges d'un malade chez lequel il avait pendant trois ans observé le pouls lent permanent ; il n'a pu constater aucune lésion.

Dernièrement il a observé un vieillard atteint de cette affection qui était accompagnée d'accès de dyspnée, de syncopes et de crises épileptoïdes. L'examen des urines a montré une diminution considérable de l'urée sans la moindre trace d'albumine. Le régime lacté a fait disparaître les accidents dyspnéiques syncopaux et épileptoïdes et remonter le taux de l'urée. Le pouls resta à 32°.

M. Debove rappelle les expériences de Claude Bernard et de Gall ; il les rapproche des faits cliniques et croit pouvoir conclure que le ralentissement du pouls produit un abaissement de la pression artérielle qui a pour conséquence une dépuration urinaire insuffisante ; de cette dépuration insuffisante résulte l'urémie et comme conséquence de celle-ci les accidents nerveux.

M. *Rendu* n'admet pas que ce malade, dans les urines duquel il n'y avait pas d'albumine, fût atteint d'affection rénale. D'autre part il n'accepte pas la pathogénie proposée par M. Debove, d'abord parce que l'amélioration du malade a pu tenir au relèvement du taux de sa nutrition, d'autre part parce que dans le mal de Bright la pression artérielle est élevée et non pas abaissée.

M. *Gingeot* observe depuis plusieurs années une vieille dame albuminurique avec pouls lent ; il y a deux ans une diminution de l'urine avec chute du taux de l'urée de 17 à 7 grammes par litre a été accompagnée d'accidents hyposthéniques et syncopaux. Chez elle comme chez le malade de M. Debove le lait a amené, avec la diurèse, la disparition des accidents.

Sapelier.

VARIÉTÉS

Les étudiants Russes à la Faculté de médecine de Paris.

Les étudiants Russes de Paris (1) se divisent naturellement en deux groupes, les Slaves et les Israélites. Ils résident plutôt sur la

(1) Extraits d'une étude publiée par le *Temps*.

rive gauche, aux environs du quartier Latin. Les Slaves sont au nombre de quarante, les Israélites au nombre de deux cents environ. Sur les quarante étudiants slaves, trente au moins appartiennent au sexe faible, ce qui s'explique par le fait que maintenant les écoles supérieures de femmes sont en Russie difficilement accessibles. La position économique de ces jeunes gens n'est guère meilleure que celle des autres réfugiés russes. Leur budget moyen est de 80 à 100 francs par mois. Aussi sont-ils obligés pour la plupart de faire des correspondances et des copies pour ne pas mourir littéralement de faim. Mlle X..., aujourd'hui licenciée ès sciences, fut blanchisseuse au commencement de ses études. D'autres furent maçons ou charpentiers. Les étudiants israélites sont au nombre de 200, dont 90 femmes. L'année dernière, leur nombre total ne s'élevait pas au delà de 100. La cause de cette augmentation soudaine des étudiants israélites provient de ce qu'en certaines parties de la Russie, et surtout dans la Russie méridionale, leur admission dans les Universités a été limitée à un tant p. 100. La moyenne de leurs ressources est de 70 francs par mois. D'ailleurs l'« Alliance israélite » les protège très efficacement et fournit des subsides à la moitié d'entre eux. De plus, ils ont formé une « caisse de secours mutuels des étudiants de Russie résidant à Paris », qui compte environ 110 membres, dont 2 ou 3 Slaves, et qui a pour but de payer les inscriptions des étudiants très pauvres et de leur prêter même de l'argent pour achever leurs études. Quelques-uns envoient des correspondances politiques et littéraires aux journaux roumains, bulgares, américains; d'autres font des traductions ou donnent des leçons.

Les étudiants russes, indistinctement, suivent en majorité les cours de la Faculté de médecine. Leurs examens terminés, ils retournent en Russie. On ne sait guère qu'un seul d'entre eux qui se soit établi comme docteur en médecine en province. Durant leurs années d'études à Paris, ces jeunes gens, avec les ressources que nous indiquons plus haut, sont naturellement réduits à une existence sobre et recluse.

Ils en profitent pour travailler plus ardemment. Mais encore, avec un appointement aussi minime leur serait-il absolument impossible de vivre, s'ils n'avaient amoindri cette difficulté en formant un certain nombre d'associations. Une véritable communauté d'étudiants et d'étudiantes est établie dans un vaste appartement de la rue Flatters. D'autre part presque tous ces Russes vivent en communauté. Le plus généralement ils louent, à trois ou quatre, un petit appartement; d'une chambre ils font un dortoir pour les hommes; d'une autre un dortoir pour les femmes; une pièce commune leur sert en même temps de réfectoire et de salles d'études. Ces communautés

sont nombreuses au quartier Latin, où l'on s'est habitué à voir ensemble, ces jeunes gens et ces jeunes filles. Même les concierges se sont amadoués ; lorsqu'une jeune fille se présente, afin de choisir un appartement ou une chambre, il lui suffit de décliner sa qualité d'étudiante russe pour que les règlements, toujours élastiques du reste, se conforment à son désir. L'autorisation même lui est facilement accordée de recevoir à une heure quelconque du jour ou de la soirée ses compagnons ou ses compagnes d'études.

Ces appartements sont sommairement meublés. Le samovar lui-même est un objet de luxe qu'on n'y voit pas souvent. Les murs sont toujours nus, sans autre décoration que l'étagère où sont rangés les livres. Parfois pourtant une photographie est accrochée à un clou : un portrait de famille, ou d'une célébrité, ou encore la reproduction du tableau de Répine, les *Bourlaky* (les *Haleurs*), dont le sujet est tiré du livre de Rechetnikov : « Ceux de Podlipnaïa. » Jusqu'à la fin de l'an dernier, la plupart de ces jeunes gens mangeaient à leur ordinaire de la viande de cheval. Quelques-uns, plus fortunés, vivaient dans divers restaurants russes, rue de Seine, rue de l'Arbalète, rue Monsieur-le-Prince ou encore rue de la Glacière. Mais il s'est récemment fondé, avenue des Gobelins, une sorte de cuisine coopérative, où ces jeunes gens, au nombre de cent à cent cinquante, viennent faire leurs deux repas quotidiens. Un comité dirige et surveille l'institution; pour éviter les frais de service, ce sont les consommateurs eux-mêmes qui servent : chaque jour, quatre membres de la société sont désignés pour cet office. Quelques-uns se dispensent de cette corvée au moyen d'une offrande destinée à de moins heureux. Au déjeuner, pour la somme de 55 centimes, on obtient une viande, un légume et du pain à discrétion ; le soir, pour 65 centimes, on a un potage en plus. La tasse de thé ou de café coûte un sou. Quant au vin, il est inconnu. Du reste, à ceux qui sont moins riches, des facilités sont accordées. On peut d'abord leur donner des demi-portions au prix de 35 centimes. En outre, les offrandes de ceux qui ne servent pas à table lorsque vient leur tour, les dons des Russes riches s'intéressant à cette œuvre, sont transformés en cachets et ceux-ci sont délivrés gratuitement aux étudiants pauvres. Ce curieux restaurant russe est d'ailleurs très simplement installé. Dans chacune des trois chambres de l'appartement, une grande table blanche en sapin est entourée d'autant de chaises que possible. Pas de nappe, ni de serviette, et des chaises peu confortables. Mais on n'a pas le temps d'y songer et l'on y mange bruyamment et gaiement le *borstch* national. D'autres établissements privés sont installés en divers endroits du quartier.

Les étudiants juifs ont fondé une caisse de secours mutuels. Les

étudiants slaves ont plus récemment organisé une société sous ce titre : « La jeunesse slave ». Cette société dont un comité fonctionne dans toutes les villes où se trouvent des étudiants russes, est destinée à favoriser les études de leurs coreligionnaires pauvres. Elle a été fondée sous le patronage de M. Lockroy, ministre de l'instruction publique, et de MM. les Drs Letourneau et Zaborowski, anthropologistes distingués.

Les étudiants russes, sans distinction de culte, possèdent en commun une bibliothèque, sise rue de la Glacière. Cette bibliothèque, fondée en 1875, grâce surtout au concours de Tourguenef, compte actuellement un millier de volumes de littérature, d'histoire et de philosophie. Les membres de la Société de la Bibliothèque sont au nombre de soixante-cinq, qui payent, pour le loyer et pour les abonnements, 1 fr. 50 par mois. Un comité surveille le fonctionnement régulier de l'institution. Chaque membre de ce comité remplit alternativement les fonctions de bibliothécaire. Du reste, tout le monde peut entrer dans la salle de lecture et lire les revues et les journaux russes, moyennant une petite offrande glissée dans un tronc.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Chevalier, de Paris, reçu en 1853, chevalier de la Légion d'honneur.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

TRAVAUX PRATIQUES

Anatomie. — M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Dissection. — Démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. — Tous les jours de midi à 4 heures (15, rue de l'École-de-Médecine).

Histoire naturelle. — M. Faguet, chef des travaux. — Exercices pratiques : Zoologie et botanique. — Conférences et démonstrations. — Lundi et jeudi (1re série), mardi et vendredi (2e série), de 9 heures à 11 heures (École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine).

Chimie médicale. — M. Hanriot, agrégé, chef des travaux. — Manipulations de chimie. — Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, de 8 heures à 10 h. 1/2 (École pratique, rue Vauquelin).

Physique médicale. — M. N..., agrégé, chef des travaux. — Manipulations de physique. — Conférences et démonstrations. — Mardi,

matologie et de syphiligraphie, 25 septembre 1888); la nature de la maladie primitive le mal de Bright probablement consécutif lui-même à la grossesse.

Le sexe, la dermatite exfoliatrice ayant encore été plus fréquemment constatée chez l'homme; puis l'évolution des manifestations des divers appareils après apparition de la dermatite, la disparition presque totale de l'œdème, la grande diminution de l'épanchement péritonéal.

L'apparition d'un anthrax de la cuisse.

Enfin la terminaison évidemment due à l'état de faiblesse amené par la lésion cutanée.

La malade n'est pas morte par son cœur; elle n'a pas succombé non plus par son rein, car elle n'a eu ni dyspnée, ni asystolie, ni phénomènes d'urémie, les urines n'ont jamais énormément baissé. Ce sont les troubles de l'appareil cutané qui ont changé la façon dont elle était primitivement destinée à mourir, étant donné l'état du rein d'abord, du cœur ensuite.

MÉMENTO PRATIQUE

Crème de toilette a la lanoline, par M. Vincent Fassati, pharmacien à Prague (Bohême). — Avec le mélange suivant, j'ai obtenu une pâte cosmétique très efficace contre les boutons, tannes, comédons et autres affections de la peau :

Lanoline	5 grammes.
Huiles d'amandes douces	5 —
Soufre précipité	5 —
Oxyde de zinc	2 gr. 50
Extrait de violette	0 gr. 50
— d'orcanette (*Anchusa tinctoria*)	Q. S., pour obtenir

une couleur de chair plus ou moins foncée.

Cette pâte présente l'avantage d'être facilement absorbée par la peau, à cause de la présence de la lanoline; sa couleur permet d'en faire usage même pendant le jour. Il suffit d'en appliquer une couche très mince et de saupoudrer ensuite de stéatite ou d'amidon pulvérisé. (*Arch. de pharm.*)

Un nouvel anesthésique local: le hayap. — D'après les communications faites à la Société de médecine de Berlin, la thérapeutique se serait enrichie d'un nouveau médicament analgésique, appelé à détrôner la cocaïne. Il s'agirait d'une substance qui nous vient de l'Afrique et porte le nom de *hayap*; elle se présente sous la forme

d'une masse rouge ; une solution aqueuse, instillée dans l'œil d'animaux, a déterminé, au bout d'un quart d'heure, une anesthésie locale très prononcée, qui dura de 10 à 24 heures ; l'analgésie était telle que des excitations très fortes ne purent provoquer la moindre douleur, la moindre réaction. (*Rev. méd. de l'Est.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 *octobre* 1888. — Présidence de M. Siredey.

Traitement de la lithiase biliaire par l'huile d'olive a haute dose. — M. *Millard* communique une lettre qu'il a reçue en 1886 du Dr Feillée, d'Angers, et dans laquelle ce confrère relate qu'il a obtenu l'expulsion d'une vingtaine de calculs en faisant prendre le soir 125 grammes d'huile d'olive et le lendemain matin 40 à 60 grammes d'huile de ricin.

M. *Chauffard* rappelle que les travaux des médecins américains remontent à 1884. Il est probable que M. Feillie n'avait pas eu connaissance de ces travaux.

Tuberculoses anatomiques et lymphangites tuberculeuses. — M. *Morel Lavallée* présente, au nom du professeur Fournier et de M. Quinquaud, un ancien garçon de pavillon de dissection chez lequel on constate à la suite de tubercules anatomiques des lymphangites et des gommes tuberculeuses. Le traitement consiste en injections sous-cutanées de vaseline iodoformée faites à la racine du membre. L'état général est resté satisfaisant.

Corne du gland. — M. *Chauffard* présente le moulage d'une corne du gland qui s'est développée chez un homme d'une soixantaine d'années à la suite de l'ablation d'un petit papillôme du frein. Cette opération a eu lieu il y a deux ans ; depuis lors, la corne se reproduit tous les quatre à six mois ; elle mesure 3 centimètres et demi de long et 2 centimètres et demi de diamètre à son point d'implantation.

Kyste hydatique du foie. — M. *Troisier* présente un malade ponctionné en novembre 1886 et qui, depuis deux ans environ, souffrait de l'épaule droite et présentait des accidents dyspeptiques. Ce malade a guéri par une seule ponction aspiratrice et est resté guéri depuis deux ans : la palpation profonde permet cependant de constater que le foie est moins gros, bien que M. Troisier, qui suit depuis longtemps ce malade, a noté une diminution graduelle de ce volume.

M. *Bucquoy*, après avoir palpé le malade, pense qu'à première vue on ne saurait affirmer la guérison de ce malade ; pour lui, il ferait volontiers une ponction aspiratrice.

M. *Féréol* fait remarquer que le malade éprouve encore quelques douleurs qui doivent faire penser qu'il existe encore en ce point un certain travail.

M. *Labbé* est d'avis qu'il faut avoir recours aux ponctions suivies d'injections antiseptiques ; il admet cependant qu'exceptionnellement la ponction simple peut être suivie de guérison.

Pouls lent permanent et urémie. — M. *Debove* rappelle les phénomènes et l'historique de cette affection que l'on attribue avec M. Charcot à une lésion anatomique du bulbe. M. Debove a pu, il y a deux ans, examiner histologiquement le bulbe et les méninges d'un malade chez lequel il avait pendant trois ans observé le pouls lent permanent ; il n'a pu constater aucune lésion.

Dernièrement il a observé un vieillard atteint de cette affection qui était accompagnée d'accès de dyspnée, de syncopes et de crises épileptoïdes. L'examen des urines a montré une diminution considérable de l'urée sans la moindre trace d'albumine. Le régime lacté a fait disparaître les accidents dyspnéiques syncopaux et épileptoïdes et remonter le taux de l'urée. Le pouls resta à 32°.

M. Debove rappelle les expériences de Claude Bernard et de Gall ; il les rapproche des faits cliniques et croit pouvoir conclure que le ralentissement du pouls produit un abaissement de la pression artérielle qui a pour conséquence une dépuration urinaire insuffisante ; de cette dépuration insuffisante résulte l'urémie et comme conséquence de celle-ci les accidents nerveux.

M. *Rendu* n'admet pas que ce malade, dans les urines duquel il n'y avait pas d'albumine, fût atteint d'affection rénale. D'autre part il n'accepte pas la pathogénie proposée par M. Debove, d'abord parce que l'amélioration du malade a pu tenir au relèvement du taux de sa nutrition, d'autre part parce que dans le mal de Bright la pression artérielle est élevée et non pas abaissée.

M. *Gingeot* observe depuis plusieurs années une vieille dame albuminurique avec pouls lent ; il y a deux ans une diminution de l'urine avec chute du taux de l'urée de 17 à 7 grammes par litre a été accompagnée d'accidents hyposthéniques et syncopaux. Chez elle comme chez le malade de M. Debove le lait a amené, avec la diurèse, la disparition des accidents. SAPELIER.

VARIÉTÉS

Les étudiants Russes à la Faculté de médecine de Paris.

Les étudiants Russes de Paris (1) se divisent naturellement en deux groupes, les Slaves et les Israélites. Ils résident plutôt sur la

(1) Extraits d'une étude publiée par le *Temps*.

rive gauche, aux environs du quartier Latin. Les Slaves sont au nombre de quarante, les Israélites au nombre de deux cents environ. Sur les quarante étudiants slaves, trente au moins appartiennent au sexe faible, ce qui s'explique par le fait que maintenant les écoles supérieures de femmes sont en Russie difficilement accessibles. La position économique de ces jeunes gens n'est guère meilleure que celle des autres réfugiés russes. Leur budget moyen est de 80 à 100 francs par mois. Aussi sont-ils obligés pour la plupart de faire des correspondances et des copies pour ne pas mourir littéralement de faim. Mlle X..., aujourd'hui licenciée ès sciences, fut blanchisseuse au commencement de ses études. D'autres furent maçons ou charpentiers. Les étudiants israélites sont au nombre de 200, dont 90 femmes. L'année dernière, leur nombre total ne s'élevait pas au delà de 100. La cause de cette augmentation soudaine des étudiants israélites provient de ce qu'en certaines parties de la Russie, et surtout dans la Russie méridionale, leur admission dans les Universités a été limitée à un tant p. 100. La moyenne de leurs ressources est de 70 francs par mois. D'ailleurs l' « Alliance israélite » les protège très efficacement et fournit des subsides à la moitié d'entre eux. De plus, ils ont formé une « caisse de secours mutuels des étudiants de Russie résidant à Paris », qui compte environ 110 membres, dont 2 ou 3 Slaves, et qui a pour but de payer les inscriptions des étudiants très pauvres et de leur prêter même de l'argent pour achever leurs études. Quelques-uns envoient des correspondances politiques et littéraires aux journaux roumains, bulgares, américains ; d'autres font des traductions ou donnent des leçons.

Les étudiants russes, indistinctement, suivent en majorité les cours de la Faculté de médecine. Leurs examens terminés, ils retournent en Russie. On ne sait guère qu'un seul d'entre eux qui se soit établi comme docteur en médecine en province. Durant leurs années d'études à Paris, ces jeunes gens, avec les ressources que nous indiquons plus haut, sont naturellement réduits à une existence sobre et recluse.

Ils en profitent pour travailler plus ardemment. Mais encore, avec un appointement aussi minime leur serait-il absolument impossible de vivre, s'ils n'avaient amoindri cette difficulté en formant un certain nombre d'associations. Une véritable communauté d'étudiants et d'étudiantes est établie dans un vaste appartement de la rue Flatters. D'autre part presque tous ces Russes vivent en communauté. Le plus généralement ils louent, à trois ou quatre, un petit appartement ; d'une chambre ils font un dortoir pour les hommes ; d'une autre un dortoir pour les femmes ; une pièce commune leur sert en même temps de réfectoire et de salles d'études. Ces communautés

35e Année. — Tome II. N° 128 Jeudi 1er Novembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, 31 octobre 1888.

M. Alphonse Guérin a présenté à l'Académie de la part de M. A. Mossé, de Montpellier, un travail sur la réimplantation des rondelles osseuses après la trépanation. Il suffit de conserver le périoste pour que cette réimplantation puisse se faire à peu près à coup sûr.

M. Jaccoud a étudié l'action de l'acide fluorhydrique sur le bacille de la tuberculose; il a injecté sous la peau des cobayes des crachats de phthisiques dans lesquels la présence des bacilles avait été dûment constatée; ces crachats étaient les uns purs, les autres modifiés par l'acide fluorhydrique à divers degrés de dilution. Les nombreuses expériences qui ont été faites ont toutes répondu par la négative à la question posée, c'est-à-dire que l'acide fluorhydrique, en solutions graduellement concentrées, jusqu'à égalité d'acide et d'eau, ne supprime pas et ne modifie à aucun degré la virulence des crachats tuberculeux bacillifères. — M. Hérard doit, au contraire, apporter, dans la prochaine séance, des faits montrant l'action de l'acide fluorhydrique sur le bacille tuberculeux.

Des relevés faits à la suite du dernier recensement de 1886, il résulte d'après M. Chervin, que, sur 100 familles françaises, 20 n'ont pas d'enfant, 24 en ont 1, 22 en ont 2, 15 en ont 3, 9 en ont 4, 5 en ont 5, 3 en ont 6, 2 en ont 7 et plus. Le nombre des familles sans enfant a augmenté de 3 0/0 depuis trente ans.

M. le professeur Verneuil a introduit dans la science la notion de la contagion du tétanos et il suit le développement de cette idée avec une sollicitude toute paternelle. A propos des travaux récemment lus à la tribune de l'Académie par M. Paul Berger et M. Richelot, il a de nouveau exposé la question d'une façon magistrale, et il est arrivé à des conclusions très modérées. Il y a deux formes de contagion, dit-il, la contagion immédiate et la contagion médiate. La première n'est encore établie par aucun fait décisif, la

seconde, au contraire, s'appuie sur des preuves cliniques assez nombreuses. La question doit donc rester à l'étude, la contagion du tétanos étant, d'après M. Verneuil, rare peut-être, mais indiscutable.

A. Ch.

Considérations sur la pathogénie du vomissement et spécialement du vomissement dans les maladies à toux quinteuse.

Par le Dr Séjournet.
Lauréat de l'Académie de médecine.

Ce que nous voulons étudier dans ce travail, ce n'est ni le mécanisme du vomissement qui a donné lieu à tant de discussions, et qui est à peu près connu aujourd'hui. (1) Ce ne sont ni les caractères, ni l'étiologie de cet acte morbide. Nous nous bornerons à discuter la pathogénie ou plutôt la physiologie pathologique du vomissement, et nous envisagerons spécialement celui-ci dans les maladies à toux quinteuse, car l'acte du vomissement dans ces maladies nous paraît insuffisamment expliqué.

Peu nous importe donc l'ensemble des troubles physiologiques qui précédent ou accompagnent le vomissement, peu nous importe la nature des matières vomies, que celles-ci soient composées d'un mélange de bile et de mucus ou de glaires et d'aliments ingérés, de sang ou de pituite, leur analyse ne dissipe en rien l'obscurité qui règne sur les véritables causes du vomissement, en certains cas; elle aide à la discussion du diagnostic et à la connaissance de la maladie, c'est vrai, et c'est beaucoup pour le clinicien, mais il faut dire aussi que bien souvent, la maladie étant parfaitement connue, la vraie cause du vomissement est encore à découvrir.

Voyez le phthisique qui vomit tous les jours, souvent à la même heure, après des quintes de toux; nous connaissons sa maladie, nous savons que chez lui la toux provoque des nausées et des vomissements, mais savons-nous bien pourquoi ? Pourquoi la toux de la coqueluche aboutit-elle à des efforts de vomissement et à l'expulsion de mucosités ou de matières alimentaires ? On a donné de ces faits différentes explications, on a invoqué pour les élucider des raisons qui ne nous paraissent pas suffisantes. Aussi nous réservons-nous de les discuter plus loin.

(1) Voir pour cette étude : Sappey. Traité d'An. descriptive.

Arnozan. Etude expérimentale sur les actes mécaniques du vomissement. Th. de Paris, 1880.

Magendie. Mémoire sur le vomissement.

Schiff. Leçons sur la physiologie de la digestion. T. II, 1867.

L'acte du vomissement est sous la dépendance du système nerveux, c'est indiscutable ; en un point de l'encéphale existe un centre coordinateur des divers actes qui concourent au phénomène vomissement, telle est encore la vérité ; il est admis par les physiologistes que ce centre a son siège dans le bulbe. Il peut être impressionné directement ou indirectement dans la plupart des cas. Le vomissement, en effet, est le plus souvent le résultat d'actions réflexes dont le point de départ siège dans des organes plus ou moins éloignés ou dans l'estomac lui-même. Que celui-ci soit atteint d'embarras catarrhal, d'ulcère ou de squirrhe, s'il expulse son contenu, c'est par suite d'une impression réagissant à travers le bulbe sur les nerfs moteurs qui concourent à l'acte du vomissement.

Que les voies biliaires, les intestins, le péritoine ou les organes excréteurs de l'urine soient lésés dans leurs tissus ou troublés dans leurs fonctions, et que leurs désordres fonctionnels ou organiques provoquent le vomissement, le phénomène est tout de suite expliqué par voie réflexe. Ainsi se comprennent également les évacuations gastriques de la grossesse et des maladies utérines.

Les affections cérébrales: apoplexie, méningites, hémorrhagies du cerveau, tumeurs intra-crâniennes, lésions du bulbe, de la protubérance ou du cervelet peuvent agir aussi par influence réflexe, ou bien elles impressionnent le bulbe lui-même et provoquent le vomissement en excitant directement le centre coordinateur. Ici pas de réflexes, pas d'intermédiaires, pas de courants centripètes à invoquer ; le centre vomitif est au contact de la lésion, il en subit directement l'influence.

Quant aux vomissements d'origine toxique, leur pathogénie peut également s'interpréter par une impression directe ou indirecte du centre bulbaire. Dans le premier cas, les poisons, tels que l'oxyde de carbone, le chloroforme, après absorption font sentir leurs effets immédiats sur le bulbe ; dans le second, la substance toxique n'agit que par suite de l'irritation des voies digestives. L'impression partie de ces dernières atteint le bulbe par voie centripète et aboutit par réflexe à l'acte du vomissement.

Pour expliquer la pathogénie du vomissement, il n'est donc pas nécessaire d'invoquer des actes réflexes dans tous les cas. Il est fort probable même que le vomissement est bien souvent sous la dépendance directe d'un désordre fonctionnel, sinon matériel de la région bulbaire. Nous allons voir si d'après ces considérations il n'est pas possible de donner une explication rationnelle de l'acte vomitif dans des cas encore discutés et qui sont, en effet, sujets à contestations.

Nous allons donc examiner et discuter la pathogénie du vomisse-

ment dans les maladies à toux quinteuse, la phthisie, la coqueluche, etc., maladies qui tiennent la première place dans le débat, car les phénomènes qui servent de trait d'union entre la toux et l'acte du vomissement sont encore à élucider.

Considérons d'abord le vomissement dans la phthisie pulmonaire. Nous avons, en ce moment, en traitement plusieurs phthisiques qui vomissent. L'une âgée de 40 ans et que nous soignons depuis dix-huit mois n'est encore qu'à la deuxième période de la maladie, au ramollissement des deux sommets : elle tousse beaucoup, mais elle n'a de vraie quinte que le matin. Cette quinte qui dure quelques minutes est, chaque fois, suivie de vomissement composé de mucosités et de liquide glaireux. Nous ferons remarquer que le vomissement de cette malade a lieu le matin, au réveil, c'est-à-dire avant qu'aucun aliment ou aucune boisson aient été ingérés.

Il y a peu de fièvre, peu d'amaigrissement, l'appétit est assez bon et la malade fait quelques petits repas dans la journée.

Une autre femme âgée de 45 ans, phthisique depuis six mois, en est à la troisième période : des cavernes sont constatées dans les deux poumons. De la fièvre, des sueurs nocturnes, des douleurs thoraciques, de la toux et particulièrement tous les soirs une toux quinteuse suivie de vomissement muqueux, complètent l'ensemble des signes rationnels de la phthisie.

Ajoutons que l'appétit est perdu et que la malade ne mange pas depuis six semaines. A peine boit-elle un peu de lait, de bouillon ou de tisane rafraîchissante. Tout autre médicament est absolument refusé. La teinture d'iode seule, en applications extérieures, est admise par cette femme qui, du reste, est très nerveuse, très affaissée et très affectée d'une maladie dont elle se rend parfaitement compte.

Nous pourrions signaler d'autres phthisiques, actuellement en observation, qui vomissent après leurs quintes de toux, soit les aliments qu'ils ont pris, soit de simples mucosités. Nous pourrions rappeler les observations de nombreux malades dont les vomissements se produisaient dans les mêmes conditions ; mais nous pensons qu'il est suffisant de signaler ces deux malades dont l'une vomit chaque matin, et l'autre chaque soir, après une quinte de toux. Nous insistons encore sur ce fait que le vomissement dans les deux cas n'est pas consécutif à l'ingestion de substances alimentaires, et qu'il n'a aucune relation avec l'heure des repas, ni avec l'état plus ou moins dyspeptique des organes de la digestion.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 *octobre* 1888. — *Présidence de* M. HÉRARD.

LA CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre de M. le Dr Porak qui se porte candidat dans la section d'accouchement; 2° des lettres de MM. les Drs Guelliot (de Vouziers), Lacassagne (de Lyon) et de Brun du Boisnoir (de Smyrne), Drimus (de Nice) et Vaslin (d'Angers) qui se portent candidats au titre de correspondant national; 3° le rapport de M. le Dr Bec, médecin inspecteur, sur les eaux minérales de Gréoulx (Basses-Alpes) pendant la saison thermale de 1886.

RÉIMPLANTATION DES RONDELLES OSSEUSES APRÈS LA TRÉPANATION. — M. *A. Guérin* présente de la part de M. A. Mossé, professeur agrégé à la faculté de médecine de Montpellier, un travail manuscrit sur ce sujet.

Les opérations de M. Mossé ont été faites sur le lapin, le chien et le singe; elles doivent être classées ainsi :

1° Réimplantation d'une rondelle du crâne enlevée par la trépanation;

2° Transplantation de la rondelle sur un animal de même espèce;

3° Transplantation sur un animal d'espèce différente.

Dans tous les cas, la couronne du trépan a été appliquée sur l'os dont le périoste était râclé et éloigné avec la peau, sans précautions tendant à assurer sa conservation. La rondelle ayant été remise en place, les parties molles ont été simplement réunies au-dessus d'elle par des points de suture.

Une particularité très remarquable de ces expériences, c'est que la rondelle enlevée est dépouillée de son périoste. Quand elle le retrouve, il suffit à lui donner la vie.

Les faits autorisent à penser qu'il ne faut jamais désespérer de la greffe quand une partie a été momentanément séparée du corps.

ACTION DE L'ACIDE FLUORHYDRIQUE SUR LE BACILLE TUBERCULEUX. — M. *Jaccoud* a cherché si l'acide fluorhydrique supprime ou modifie les matières tuberculeuses démontrées inoculables en leur état de pureté. Il a employé le procédé suivant :

Des cobayes ont été inoculés par injection sous-cutanée dorsale, avec des crachats de phthisiques dans lesquels la présence de bacilles avait été dûment constatée, les inoculations ont été pratiquées avec une même quantité, une seringue de Pravaz, des crachats les uns purs, les autres modifiés par l'acide fluorhydrique à divers degrés de dilution. Cette modification a été obtenue par l'exposition des crachats, durant un temps toujours le même, quarante-cinq minutes, à l'action directe des vapeurs d'une mixture d'acide fluorhydrique et d'eau.

M. Jaccoud a fait choix de ce procédé parce qu'il est comparable à l'inhalation thérapeutique, tout en étant beaucoup plus puissant, en raison de l'arrivée immédiate des vapeurs sur les matières bacillifères.

M. Jaccoud raconte les nombreuses expériences qui ont été faites sous sa direction, par son chef de clinique, M. Bourcy, assisté de ses deux chefs de laboratoire, MM. Duflocq et Ménétrier.

Ces expériences répondent toutes par la négative à la question posée : l'acide fluorhydrique, en solution graduellement concentrée, jusqu'à égalité d'acide et d'eau, ne supprime pas et ne modifie à aucun degré la virulence des crachats tuberculeux bacillifères.

M. *Hérard* annonce que dans la prochaine séance il apportera des faits montrant au contraire l'influence de l'acide fluorhydrique sur les bacilles tuberculeux.

Du nombre des enfants par ménage. — M. le Dr A. *Chervin*. Lors du dernier recensement, le 30 mai 1886, la question suivante a été posée à tous les habitants : Combien avez-vous d'enfants actuellement vivants ? Il résulte du dépouillement des bulletins que les familles françaises peuvent se classer de la manière suivante : 20 p. 0/0 n'ont pas d'enfants, 24 p. 0/0 ont 1 enfant ; 22 ont 2 enfants ; 15 en ont 3 ; 9 en ont 4 ; 5 en ont 5 ; 3 en ont 6 ; 2 en ont 7 et plus. En trente ans, la proportion des familles sans enfants a augmenté de 3 p. 0/0. M. Chervin étudie la distribution géographique des familles ayant le moins ou le plus d'enfants. Il recherche enfin les causes de cette infécondité volontaire ou non.

Présentation de malades. — M. *Perrier* présente à l'Académie deux malades opérées à l'hôpital Lariboisière. A la première il a fait une résection étendue de la paroi abdominale pour une éventration consécutive à une hystérectomie pratiquée quatre ans auparavant.

A la deuxième, il a fait l'extirpation par laparotomie d'un grand kyste hydatique du bassin et de l'abdomen qui simulait un kyste de l'ovaire. (Comm. : MM. Panas, Lannelongue, Cusco.)

De la contagion du tétanos. — M. *Verneuil*, rapporteur, analyse les communications récemment faites à l'Académie sur ce sujet par MM. Paul Berger et Richelot et fait un historique complet de la question ; il termine sa communication par les conclusions suivantes :

1° La transmission intra-herniaire qu'on ne saurait contester en principe n'est encore démontrée que par un petit nombre de faits.

2° Cette transmission ne paraît pas emprunter la voie atmosphérique et semble se faire exclusivement par contact direct ou indirect.

3° Le premier mode « contagion immédiate » n'est encore établi

par aucun fait décisif. Le second mode « contagion médiate » s'appuie au contraire sur des preuves cliniques assez nombreuses.

4° Il est parfois très difficile encore de découvrir le véritable agent de transfert parmi les intermédiaires nombreux et variés échelonnés entre le premier tétanique et les suivants.

5° Cette recherche doit donc être poursuivie avec opiniâtreté, car seule elle nous apprendra à prévenir un mode d'extension du mal, rare peut-être, mais tout à fait indiscutable.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — M. *Vallin* lit le rapport sur ce concours.

Prix Orfila. — M. *Gautier* lit le rapport sur les deux mémoires envoyés pour ce prix.

A 4 heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions des deux rapports ci-dessus.

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'hygiène sociale, par le Dr *Jules Rochard*, inspecteur général du service de santé de la marine en retraite, membre de l'Académie de médecine. Un vol. in-8°, 692 pages. Paris, E. Lecrosnier et Babé, 1888.

« Les nations n'ont pas de plus grand intérêt que celui de la santé publique, dit M. Rochard dans sa préface, l'hygiène est donc la science sociale par excellence. Elle touche à tous les problèmes qui concernent la vie des peuples... Il est bon de prouver à tous que le bien-être et la salubrité marchent ensemble et que c'est l'hygiène qui paie les dépenses de la communauté, à l'aide des économies qu'elle réalise sur les frais de maladie, de chômage et sur la vie humaine, ce capital de premier ordre dont la valeur est si mal connue.

Il est un second fait sur lequel on ne saurait trop insister, une chose qu'on ne saurait trop redire, dût-on fatiguer l'attention de ceux qui écoutent et de ceux qui lisent, c'est qu'un peuple qui veut continuer à vivre doit, avant tout, entretenir sa population, parce que le jour où son développement cesse d'être en rapport avec celui des nations qui l'entourent, c'en est fait de sa prospérité dans le présent et de son existence dans l'avenir. Il faut que tout le monde sache bien, que pour la France, c'est le véritable péril social et qu'il n'est pas d'effort, pas de sacrifice qu'elle ne doive faire pour le conjurer. Cette question domine à ce point toutes les autres que c'est autour d'elle que j'ai groupé les différents chapitres de ce livre. »

C'est en effet le but essentiellement patriotique que M. Rochard poursuit dans tout le cours de ce livre où trouveront beaucoup à

apprendre, non seulement les médecins et les hygiénistes de profession, mais tous ceux qui s'intéressent à l'économie sociale et à l'avenir de notre pays.

De tous temps, il y a eu une hygiène, du moins Hippocrate déjà avait commencé à formuler quelques notions sérieuses, mais l'hygiène envisagée au point de vue des besoins de notre époque est réellement une science nouvelle, parce qu'elle a dû attendre que la physique, la chimie et la physiologie lui aient fourni des bases solides. Déjà ce n'est plus une science de second ordre, enseignée à la hâte et apprise plus légèrement encore ; elle s'est taillée dans l'enseignement une large place qui ne peut que s'accroître de plus en plus. Bientôt sans doute, l'hygiène publique aura conquis son autonomie et lorsque la direction de la santé publique, réclamée de toutes parts avec une persistance qui ne cessera qu'avec le succès, lorsque cette direction sera définitivement créée, alors le rôle de l'hygiène grandira encore et surtout les solutions déjà prêtes auront enfin une application efficace. Il y aura à reprendre les questions de police sanitaire internationale, empêcher la propagation des affections contagieuses, assainir les villes et de nombreuses campagnes où la fièvre intermittente sévit encore. Constituée à l'état de pouvoir administratif, l'hygiène aura d'ailleurs à faire sentir son influenc e dans la plupart des services publics, dans tout ce qui touche aux intérêts et à la vie de la nation.

L'une des questions que M. Rochard a déjà traitées avec le plus d'éloquence, c'est l'hygiène des villes et son influence sur les budgets municipaux ; il ne pouvait manquer de lui donner une large place dans ce livre, et en effet, elle en constitue l'un des chapitres les plus instructifs et les plus importants. Il compare les villes d'autrefois, si laides et si insalubres, aux villes de construction moderne; dans celles-ci, deux conditions doivent primer toutes les autres : toute agglomération humaine doit avant tout se procurer de bonne eau et se débarrasser rapidement de ses immondices. Paris laisse peu à désirer sous ce rapport, mais la plupart des villes de province sont très loin d'être dans le même état. Les autres pays d'Europe ne sont pas plus avancés que nous, surtout ceux des régions méridionales.

Les égouts forment une grosse question qui sera longtemps encore de pleine actualité. Il ne suffit pas de construire une canalisation complète, il faut encore savoir ce qu'on peut y mettre. Les détritus des villes peuvent se ranger en trois groupes : les ordures solides, les eaux d'égout proprement dites, enfin les matières de vidange. Il existe deux moyens de se débarrasser des eaux d'égout : 1° On peut les conduire à la mer ou dans le cours d'eau le plus rapproché ;

35e Année. — Tome II. N° 128 Jeudi 1er Novembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, 31 octobre 1888.

M. Alphonse Guérin a présenté à l'Académie de la part de M. A. Mossé, de Montpellier, un travail sur la réimplantation des rondelles osseuses après la trépanation. Il suffit de conserver le périoste pour que cette réimplantation puisse se faire à peu près à coup sûr.

M. Jaccoud a étudié l'action de l'acide fluorhydrique sur le bacille de la tuberculose; il a injecté sous la peau des cobayes des crachats de phthisiques dans lesquels la présence des bacilles avait été dûment constatée; ces crachats étaient les uns purs, les autres modifiés par l'acide fluorhydrique à divers degrés de dilution. Les nombreuses expériences qui ont été faites ont toutes répondu par la négative à la question posée, c'est-à-dire que l'acide fluorhydrique, en solutions graduellement concentrées, jusqu'à égalité d'acide et d'eau, ne supprime pas et ne modifie à aucun degré la virulence des crachats tuberculeux bacillifères. — M. Hérard doit, au contraire, apporter, dans la prochaine séance, des faits montrant l'action de l'acide fluorhydrique sur le bacille tuberculeux.

Des relevés faits à la suite du dernier recensement de 1886, il résulte d'après M. Chervin, que, sur 100 familles françaises, 20 n'ont pas d'enfant, 24 en ont 1, 22 en ont 2, 15 en ont 3, 9 en ont 4, 5 en ont 5, 3 en ont 6, 2 en ont 7 et plus. Le nombre des familles sans enfant a augmenté de 3 0/0 depuis trente ans.

M. le professeur Verneuil a introduit dans la science la notion de la contagion du tétanos et il suit le développement de cette idée avec une sollicitude toute paternelle. A propos des travaux récemment lus à la tribune de l'Académie par M. Paul Berger et M. Richelot, il a de nouveau exposé la question d'une façon magistrale, et il est arrivé à des conclusions très modérées. Il y a deux formes de contagion, dit-il, la contagion immédiate et la contagion médiate. La première n'est encore établie par aucun fait décisif, la

coup les plus nombreuses. Dans la catégorie des logements insalubres, on trouve à Paris même tout ce que l'imagination peut rêver de plus infect.

Les édifices publics sont de deux sortes : les uns sont uniquement destinés à remplir un but utilitaire; les autres servent en même temps à l'ornementation de la ville. Parmi les premiers sont les casernes, les hôpitaux, les lycées et les écoles, les crèches, les établissements pénitentiaires; M. Rochard y fait entrer également les cimetières, tout en demandant la liberté de la crémation; au même ordre d'idées se rattachent les dépôts mortuaires. Dans la seconde catégorie d'édifices publics figurent les théâtres, et les incendies qui se sont produits si fréquemment dans ces dernières années donnent à la question de l'hygiène et de l'éclairage des théâtres une saisissante actualité.

L'habitation est pour beaucoup un problème, mais il n'est difficile à résoudre que dans les grandes villes; l'alimentation est au contraire la préoccupation constante des classes pauvres dans toutes les conditions de la vie sociale. M. Rochard fournit à ce sujet les renseignements les plus nombreux et les plus précis. Il traite de même d'une façon très complète la question du logement des ouvriers.

Le meilleur ou même le seul moyen pour les classes laborieuses de se procurer les moyens de vivre dans les conditions d'hygiène et de salubrité désirable, c'est d'unir leurs efforts. « Le travailleur, quand il est isolé, dépense pour vivre beaucoup plus qu'il n'est nécessaire. Il paie tout plus cher que le riche, parce qu'il achète au détail et au jour le jour, parce qu'il ne peut pas s'approvisionner en temps utile et qu'il est obligé de subir la dîme que tous les intermédiaires ont déjà prélevée sur le produit dont il a besoin. Le vin sophistiqué qu'il achète au cabaret lui coûte plus cher que le vin de bonne qualité qui paraît sur les tables aisées. Il en est de même de tous les objets de consommation, de tous les éléments de la vie matérielle. »

Les sociétés coopératives constituent le moyen d'échapper à ces impôts par trop répétés, et parmi elles, les sociétés de consommation; seulement, il faut que les associés paient comptant, ce qui est la pierre d'achoppement de la plupart de ces sociétés. Dans le même ordre d'idées viennent les institutions de crédit, la participation aux bénéfices et le familistère qui en est actuellement l'expression la plus parfaite.

Le plus grave des problèmes dont la solution s'impose à l'hygiène est celui qui concerne la population française et l'arrêt qui se produit dans son accroissement. M. Rochard reproduit sur le mouve-

L'acte du vomissement est sous la dépendance du système nerveux, c'est indiscutable ; en un point de l'encéphale existe un centre coordinateur des divers actes qui concourent au phénomène vomissement, telle est encore la vérité ; il est admis par les physiologistes que ce centre a son siège dans le bulbe. Il peut être impressionné directement ou indirectement dans la plupart des cas. Le vomissement, en effet, est le plus souvent le résultat d'actions réflexes dont le point de départ siège dans des organes plus ou moins éloignés ou dans l'estomac lui-même. Que celui-ci soit atteint d'embarras catarrhal, d'ulcère ou de squirrhe, s'il expulse son contenu, c'est par suite d'une impression réagissant à travers le bulbe sur les nerfs moteurs qui concourent à l'acte du vomissement.

Que les voies biliaires, les intestins, le péritoine ou les organes excréteurs de l'urine soient lésés dans leurs tissus ou troublés dans leurs fonctions, et que leurs désordres fonctionnels ou organiques provoquent le vomissement, le phénomène est tout de suite expliqué par voie réflexe. Ainsi se comprennent également les évacuations gastriques de la grossesse et des maladies utérines.

Les affections cérébrales: apoplexie, méningites, hémorrhagies du cerveau, tumeurs intra-crâniennes, lésions du bulbe, de la protubérance ou du cervelet peuvent agir aussi par influence réflexe, ou bien elles impressionnent le bulbe lui-même et provoquent le vomissement en excitant directement le centre coordinateur. Ici pas de réflexes, pas d'intermédiaires, pas de courants centripètes à invoquer ; le centre vomitif est au contact de la lésion, il en subit directement l'influence.

Quant aux vomissements d'origine toxique, leur pathogénie peut également s'interpréter par une impression directe ou indirecte du centre bulbaire. Dans le premier cas, les poisons, tels que l'oxyde de carbone, le chloroforme, après absorption font sentir leurs effets immédiats sur le bulbe ; dans le second, la substance toxique n'agit que par suite de l'irritation des voies digestives. L'impression partie de ces dernières atteint le bulbe par voie centripète et aboutit par réflexe à l'acte du vomissement.

Pour expliquer la pathogénie du vomissement, il n'est donc pas nécessaire d'invoquer des actes réflexes dans tous les cas. Il est fort probable même que le vomissement est bien souvent sous la dépendance directe d'un désordre fonctionnel, sinon matériel de la région bulbaire. Nous allons voir si d'après ces considérations il n'est pas possible de donner une explication rationnelle de l'acte vomitif dans des cas encore discutés et qui sont, en effet, sujets à contestations.

Nous allons donc examiner et discuter la pathogénie du vomisse-

NOUVELLES

Éducation physique. — Il vient de se fonder à Paris, dans les départements et dans les colonies françaises sous le nom de Ligue nationale de l'éducation physique, une association qui s'occupera d'assurer à la jeunesse française, dans les campagnes comme dans les villes, une éducation physique en rapport avec les impérieuses exigences de la défense nationale.

Cette ligue a pour objet :

1° De développer gratuitement, dans les écoles de tout ordre, la force et l'adresse de ceux qui devront un jour le service militaire au pays, la santé vigoureuse d'où dépend l'équilibre intellectuel et moral;

2° A cet effet, d'élargir et de rehausser à sa dignité véritable la culture pédagogique du corps humain;

3° D'introduire, dans les établissements d'instruction primaire, secondaire et supérieure, à côté des exercices méthodiques de la gymnastique classique, les jeux de plein air et les récréations actives qui en sont le complément nécessaire;

4° D'agir par les voies légales et les pouvoirs publics, pour qu'un nombre d'heures suffisant soit consacré à ces exercices ou à ces jeux, dans la vie scolaire de tous les âges;

5° D'étudier, de formuler et de faire connaître les moyens pratiques pouvant conduire à ces résultats; de déterminer dans quelle mesure ils doivent être appliqués à l'éducation des filles;

6° D'amener les communes à ouvrir pour l'usage de la population scolaire des terrains appropriés aux jeux et exercices publics, et à les pourvoir du matériel peu coûteux que comportent ces jeux et ces exercices;

7° D'instituer tous les ans un grand concours de force et d'adresse entre les champions des Ecoles de France, désignés par voie de sélection régionale, et de constater ainsi périodiquement la condition physique des générations qui se succèdent. (*Sem. méd.*)

Maladies des yeux. — M. le docteur Dehenne reprendra ses conférences de clinique ophthalmologique à sa clinique, rue Monsieur-le-Prince, 24, le lundi 12 novembre, à 2 heures et les continuera les lundis et samedis suivants à la même heure.

Le samedi sera spécialement consacré aux exercices ophthalmologiques.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.—A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 *octobre* 1888. — *Présidence de* M. Hérard.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le Dr Porak qui se porte candidat dans la section d'accouchement; 2° des lettres de MM. les Drs Guelliot (de Vouziers), Lacassagne (de Lyon) et de Brun du Boisnoir (de Smyrne), Drimus (de Nice) et Vaslin (d'Angers) qui se portent candidats au titre de correspondant national; 3° le rapport de M. le Dr Bec, médecin inspecteur, sur les eaux minérales de Gréoulx (Basses-Alpes) pendant la saison thermale de 1886.

Réimplantation des rondelles osseuses après la trépanation. — M. *A. Guérin* présente de la part de M. A. Mossé, professeur agrégé à la faculté de médecine de Montpellier, un travail manuscrit sur ce sujet.

Les opérations de M. Mossé ont été faites sur le lapin, le chien et le singe; elles doivent être classées ainsi :

1° Réimplantation d'une rondelle du crâne enlevée par la trépanation;

2° Transplantation de la rondelle sur un animal de même espèce;

3° Transplantation sur un animal d'espèce différente.

Dans tous les cas, la couronne du trépan a été appliquée sur l'os dont le périoste était râclé et éloigné avec la peau, sans précautions tendant à assurer sa conservation. La rondelle ayant été remise en place, les parties molles ont été simplement réunies au-dessus d'elle par des points de suture.

Une particularité très remarquable de ces expériences, c'est que la rondelle enlevée est dépouillée de son périoste. Quand elle le retrouve, il suffit à lui donner la vie.

Les faits autorisent à penser qu'il ne faut jamais désespérer de la greffe quand une partie a été momentanément séparée du corps.

Action de l'acide fluorhydrique sur le bacille tuberculeux. — M. *Jaccoud* a cherché si l'acide fluorhydrique supprime ou modifie les matières tuberculeuses démontrées inoculables en leur état de pureté. Il a employé le procédé suivant :

Des cobayes ont été inoculés par injection sous-cutanée dorsale, avec des crachats de phthisiques dans lesquels la présence de bacilles avait été dûment constatée, les inoculations ont été pratiquées avec une même quantité, une seringue de Pravaz, des crachats les uns purs, les autres modifiés par l'acide fluorhydrique à divers degrés de dilution. Cette modification a été obtenue par l'exposition des crachats, durant un temps toujours le même, quarante-cinq minutes, à l'action directe des vapeurs d'une mixture d'acide fluorhydrique et d'eau.

par aucun fait décisif. Le second mode « contagion médiate » s'appuie au contraire sur des preuves cliniques assez nombreuses.

4° Il est parfois très difficile encore de découvrir le véritable agent de transfert parmi les intermédiaires nombreux et variés échelonnés entre le premier tétanique et les suivants.

5° Cette recherche doit donc être poursuivie avec opiniâtreté, car seule elle nous apprendra à prévenir un mode d'extension du mal, rare peut-être, mais tout à fait indiscutable.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — M. *Vallin* lit le rapport sur ce concours.

Prix Orfila. — M. *Gautier* lit le rapport sur les deux mémoires envoyés pour ce prix.

A 4 heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions des deux rapports ci-dessus.

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'hygiène sociale, par le Dr *Jules Rochard*, inspecteur général du service de santé de la marine en retraite, membre de l'Académie de médecine. Un vol. in-8°, 692 pages. Paris, E. Lecrosnier et Babé, 1888.

« Les nations n'ont pas de plus grand intérêt que celui de la santé publique, dit M. Rochard dans sa préface, l'hygiène est donc la science sociale par excellence. Elle touche à tous les problèmes qui concernent la vie des peuples... Il est bon de prouver à tous que le bien-être et la salubrité marchent ensemble et que c'est l'hygiène qui paie les dépenses de la communauté, à l'aide des économies qu'elle réalise sur les frais de maladie, de chômage et sur la vie humaine, ce capital de premier ordre dont la valeur est si mal connue.

Il est un second fait sur lequel on ne saurait trop insister, une chose qu'on ne saurait trop redire, dût-on fatiguer l'attention de ceux qui écoutent et de ceux qui lisent, c'est qu'un peuple qui veut continuer à vivre doit, avant tout, entretenir sa population, parce que le jour où son développement cesse d'être en rapport avec celui des nations qui l'entourent, c'en est fait de sa prospérité dans le présent et de son existence dans l'avenir. Il faut que tout le monde sache bien, que pour la France, c'est le véritable péril social et qu'il n'est pas d'effort, pas de sacrifice qu'elle ne doive faire pour le conjurer. Cette question domine à ce point toutes les autres que c'est autour d'elle que j'ai groupé les différents chapitres de ce livre. »

C'est en effet le but essentiellement patriotique que M. Rochard poursuit dans tout le cours de ce livre où trouveront beaucoup à

apprendre, non seulement les médecins et les hygiénistes de profession, mais tous ceux qui s'intéressent à l'économie sociale et à l'avenir de notre pays.

De tous temps, il y a eu une hygiène, du moins Hippocrate déjà avait commencé à formuler quelques notions sérieuses, mais l'hygiène envisagée au point de vue des besoins de notre époque est réellement une science nouvelle, parce qu'elle a dû attendre que la physique, la chimie et la physiologie lui aient fourni des bases solides. Déjà ce n'est plus une science de second ordre, enseignée à la hâte et apprise plus légèrement encore ; elle s'est taillée dans l'enseignement une large place qui ne peut que s'accroître de plus en plus. Bientôt sans doute, l'hygiène publique aura conquis son autonomie et lorsque la direction de la santé publique, réclamée de toutes parts avec une persistance qui ne cessera qu'avec le succès, lorsque cette direction sera définitivement créée, alors le rôle de l'hygiène grandira encore et surtout les solutions déjà prêtes auront enfin une application efficace. Il y aura à reprendre les questions de police sanitaire internationale, empêcher la propagation des affections contagieuses, assainir les villes et de nombreuses campagnes où la fièvre intermittente sévit encore. Constituée à l'état de pouvoir administratif, l'hygiène aura d'ailleurs à faire sentir son influenc e dans la plupart des services publics, dans tout ce qui touche aux intérêts et à la vie de la nation.

L'une des questions que M. Rochard a déjà traitées avec le plus d'éloquence, c'est l'hygiène des villes et son influence sur les budgets municipaux ; il ne pouvait manquer de lui donner une large place dans ce livre, et en effet, elle en constitue l'un des chapitres les plus instructifs et les plus importants. Il compare les villes d'autrefois, si laides et si insalubres, aux villes de construction moderne; dans celles-ci, deux conditions doivent primer toutes les autres : toute agglomération humaine doit avant tout se procurer de bonne eau et se débarrasser rapidement de ses immondices. Paris laisse peu à désirer sous ce rapport, mais la plupart des villes de province sont très loin d'être dans le même état. Les autres pays d'Europe ne sont pas plus avancés que nous, surtout ceux des régions méridionales.

Les égouts forment une grosse question qui sera longtemps encore de pleine actualité. Il ne suffit pas de construire une canalisation complète, il faut encore savoir ce qu'on peut y mettre. Les détritus des villes peuvent se ranger en trois groupes : les ordures solides, les eaux d'égout proprement dites, enfin les matières de vidange. Il existe deux moyens de se débarrasser des eaux d'égout : 1° On peut les conduire à la mer ou dans le cours d'eau le plus rapproché ;

35e Année. — Tome II. N° 129 Samedi 3 Novembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Prolapsus de la muqueuse uréthrale chez une petite fille. — Opération.

Par les Drs MORAND et RICHARD,
(de Pithiviers).

En avril 1888, nous fûmes appelés par les nommés R..., pour examiner leur petite fille âgée de dix ans, chez laquelle ils venaient de constater une tumeur aux parties génitales.

Nous en fîmes l'examen. Une tumeur de couleur rouge vif, framboisé, de consistance molle, saignant au moindre contact, longue de quatre centimètres, faisait saillie entre les petites lèvres. Elle rappelait par sa forme le col de l'utérus. Son extrémité inférieure présentait un petit orifice, une fente plutôt. L'introduction d'une sonde étant très douloureuse, nous demandons à l'enfant si elle urinait par sa tumeur. Sur sa réponse affirmative, nous la prions de le faire; elle complète elle-même le diagnostic.

Nous avions affaire à ce que les auteurs appellent tumeur hypertrophique de la muqueuse uréthrale, à ce que M. Gaillard Thomas (dans son Traité des maladies des femmes) nomme prolapsus de l'uréthre avec prolifération du tissu conjonctif de la muqueuse.

Le méat étant complètement entouré, ce n'était ni une caroncule irritable, ni un polype, ni un angiome veineux.

Nous n'avons pu savoir à quelle époque remontait l'apparition de cette tumeur. L'enfant, depuis quelque temps, éprouvait de la difficulté et de la douleur dans la miction; elle ressentait de vives cuissons, perdait du sang au moindre tiraillement, avait un peu de leucorrhée. Enfin, elle urinait sur ses talons.

L'opération est acceptée séance tenante par les parents.

Comme cette tumeur saignait facilement, nous nous arrêtons au procédé suivant : L'enfant n'est pas anesthésiée. Après l'introduction facile, mais douloureuse, d'une sonde de petit calibre, destinée à rester en place et à guider notre aiguille courbe, la tumeur est

attirée en bas à l'aide d'une pince à griffes, et traversée à la base par un fil de soie double. Nous faisons deux ligatures très serrées, comprenant chacune une moitié de l'urèthre. Au bout de peu de jours, la chute de la partie mortifiée eut lieu et l'enfant fut guérie rapidement sans retrécissement du méat.

Nous recommandons ce procédé d'opération indiqué par Gaillard Thomas. Il est facile et préférable à l'excision qui eût amené un certain rétrécissement et qui eût donné sûrement une hémorrhagie.

Considérations sur la pathogénie du vomissement et spécialement du vomissement dans les maladies à toux quinteuse.

Par le Dr Séjournet.
Lauréat de l'Académie de médecine.

(*Suite*) (1).

Nous appelons l'attention sur ce fait, parce que des auteurs éminents, M. le professeur Peter (2), par exemple, considèrent le vomissement des phthisiques, à la suite de la toux, comme le résultat de l'irritation du pneumogastrique stomacal par les aliments ingérés. Selon M. le professeur Peter, dans ses admirables leçons de clinique médicale, un phthisique vomit, parce que son pneumogastrique, irrité dans ses terminaisons nerveuses par le contact des aliments, ébranle le pneumogastrique respiratoire et provoque chez le malade l'envie de tousser, et consécutivement le besoin de vomir : « d'où la toux par le repas, et par la toux, le vomissement. » Cette théorie ne satisfait pas complètement l'esprit, car elle n'est pas en tout conforme à la pratique, et ne répond qu'à une partie des faits observés. En effet, nous avons vu plus haut que nos malades ne vomissaient qu'à jeun. Ce n'est donc pas toujours à l'usage des aliments que l'on peut attribuer, chez les phthisiques, la toux suivie de vomissement et que volontiers nous appellerions : toux vomitive.

Il est évident que souvent, dans la phthisie, le vomissement dépend de l'état de la muqueuse stomacale et nous pourrions citer une remarquable leçon de M. Ferrand (3), dans laquelle il énumère les causes du vomissement de la phthisie pulmonaire. Pour lui, il y a trois sortes de vomissements chez les phthisiques : 1° Le vomissement mécanique résultant de la mise en émoi des nerfs respiratoires

(1) Voir *France médicale* n. 128.
(2) Leçons de clinique médicale. T. II, p. 524-525.
(3) Union médicale, 1880 (Vomissements chez les phthisiques).

et auquel concourt un certain degré d'irritation pharyngée ou gastrique ; 2° Un vomissement gastrique à proprement parler. Les causes de celui-ci seraient au nombre de quatre et résulteraient de l'apepsie, de l'hypercrinie, de la gastralgie convulsive et de l'irritation gastrique ; 3° Un vomissement central ou bulbaire. Nous reviendrons sur celui-ci tout à l'heure.

Quant à la première sorte de vomissement, ou vomissement mécanique, par la toux, on n'y croit plus. « On les attribue d'habitude « à l'effort, dit M. Hallopeau, (1) mais s'il en était ainsi, les efforts « violents que nécessitent souvent la défécation, l'expulsion de l'u- « rine, et le soulèvement d'un fardeau les produiraient de même, et « il n'en est rien. »

Quant au vomissement gastrique, il est évident que dans bien des cas, il est seul en cause et que la perturbation fonctionnelle, ou la lésion de l'organe digestif sont seules responsables de l'acte évacuateur, mais nous pourrions, et bien des praticiens pourraient avec nous, citer des phthisiques dont l'appétit et la digestion demeurent dans des conditions normales et qui pourtant vomissent.

Les coquelucheux, dont M. le professeur Peter compare les vomissements à ceux des phthisiques, vomissent bien souvent après chaque quinte et pourtant, comme le fait remarquer M. Cadet de Gassicourt (2), « les coquelucheux eux-mêmes sont si peu atteints « d'un trouble fonctionnel de l'estomac, qu'ils digèrent parfaitement « quand les aliments ne sont pas chassés violemment par l'effort de « la quinte. » Du reste, tous les praticiens n'ont-ils pas remarqué que, chez les individus atteints de bronchite aiguë ou chronique, la toux pourvu qu'elle soit quinteuse peut provoquer parfois des vomissements aussi bien que chez les coquelucheux et les phthisiques, et, ajouterons-nous, malgré la parfaite conservation des facultés digestives ?

Plus loin, nous donnerons quelques observations de toux quinteuse indépendante de la phthisie ou de la coqueluche et qui était suivie de vomissement chez des sujets dont l'appétit était excellent et la digestion parfaite. Ce sera notre dernier argument contre les théories qui voudraient attribuer les vomissements des tousseurs au désordre des fonctions gastriques.

Nous pouvons donc en conclure que le plus souvent, chez les phthisiques comme chez les coquelucheux, le vomissement n'est pas explicable par l'apepsie, l'hypercrinie, la gastralgie ou l'irritation de l'estomac, mais qu'il a son point de départ dans les quintes de

(1) Hallopeau. Traité de pathologie générale, 1884.

(2) Traité clinique des maladies de l'enfance. T. II. Coqueluche.

toux. Par quel intermédiaire, par quelle succession de phénomènes, la toux arrive-t-elle à produire l'évacuation du contenu stomacal? Ce n'est pas par suite des efforts qui accompagnent la toux ; nous nous sommes expliqué plus haut à ce sujet. D'un autre côté, il n'est possible d'invoquer l'irritation bulbaire par des exsudats méningés ou des produits néoplasiques (vomissement central ou bulbaire de M. Ferrand) comme cause du vomissement des phthisiques que dans un certain nombre de cas. Ici, du reste, l'influence de la lésion est directe et n'emprunte ni à la toux, ni aux phénomènes qui en dépendent, leur intervention dans l'acte du vomissement, de sorte que nous n'avons pas à compter avec cet ordre de causes.

Ici c'est la toux qui sert de point de départ au vomissement, et comme nous n'admettons pas qu'elle aboutisse à cet acte morbide par suite des efforts qu'elle provoque, comme nous ne croyons pas que le vomissement soit au même titre que la toux le résultat d'un ébranlement général du pneumogastrique, puisque bien des tousseurs vomissent après leurs quintes, sans que l'appétit ou la digestion soient compromis, nous devons chercher ailleurs l'explication, la pathogénie de l'acte vomitif.

Nous avons dit que le centre bulbaire qui préside au vomissement peut être impressionné directement ou indirectement. Si nous n'admettons pas l'influence médiate dont le principe est dans les actes réflexes, nous devons nécessairement nous appuyer sur une opération directe au niveau du bulbe.

Il n'est pas nécessaire, pour que le fonctionnement du bulbe soit modifié, que ce dernier soit le siège d'une lésion organique. Ne suffit-il pas qu'il se passe en lui un simple trouble dynamique, un désordre circulatoire caractérisé par de l'hyperémie ou de l'anémie?

N'est-il pas admis que la cause du vomissement dans la migraine doit être rapportée à l'insuffisance de l'irrigation bulbaire et à l'anémie de ce centre nerveux. Qu'un organe semblable soit anémié ou congestionné, il n'en sera pas moins troublé dans ses fonctions, et les phénomènes morbides qui se manifesteront seront souvent identiques ; le vomissement par exemple pourra se produire dans les deux cas.

Or nous pensons que sous l'influence de la toux, des secousses qui composent les quintes et des efforts qui les accompagnent, le sang, dont la circulation est entravée par les saccades expiratoires, congestionne les centres nerveux tout entiers, le bulbe aussi bien et plus peut-être que les hémisphères et le cervelet. Pendant la quinte qui se compose de saccades convulsives plus ou moins répétées, l'inspiration ne se faisant plus, le vide thoracique est nul et l'aspira-

tion du sang veineux entravée : il y a donc forcément, par suite de cette gêne circulatoire momentanée, une congestion des organes intra-crâniens, qui est, du reste, bien démontrée par le facies violacé des coquelucheux, le gonflement des veines du cou et par les hémorrhagies nasales concomitantes.

Les quintes de toux opposent donc un obstacle à la circulation, elles produisent fatalement de la congestion cérébrale, aussi bien chez les phthisiques que chez les coquelucheux, et chez tous les malades dont la toux est quinteuse. Que cette hyperémie atteigne le bulbe, rien de plus évident ; le cervelet lui-même, après certains efforts, de toux, est bien certainement congestionné, car le trouble dont il est le siège se manifeste par des vertiges et des tournoiements de tête. Ces sensations ont été accusées plus d'une fois devant nous par des malades atteints de laryngite spasmodique.

Ce serait donc surtout la base du cerveau qui se congestionnerait dans les efforts de toux ; du moment que le bulbe est hyperémié, le centre vomitif doit participer à cette gêne circulatoire et le vomissement devient compréhensible.

Dans ce cas, nous n'avons pas à recourir aux actes réflexes pour expliquer le vomissement, l'impression perçue par le centre bulbaire congestionné est directe, immédiate. Cette interprétation de la pathogénie du vomissement nous paraît admissible chez les tousseurs; elle est applicable, selon nous, aux phthisiques et aux coquelucheux, de même qu'aux sujets atteints de laryngite spasmodique qui vomissent après leurs quintes.

M. le professeur Peter ne reconnaît que deux maladies, la phthisie et la coqueluche, capables de provoquer des vomissements par la toux : « en dehors de ces deux maladies, dit-il, jamais la toux ne « produit de vomissements; de sorte que. le cas échéant, on n'a plus « qu'à faire le diagnostic entre elles deux (1) »

Nous avons pourtant observé et décrit une autre maladie à laquelle nous faisions allusion tout à l'heure, la laryngite spasmodique ou coqueluchoïde, (2) dans laquelle le vomissement se produit fréquemment à la suite des quintes.

Qu'est-ce que cette laryngite coqueluchoïde ?

Nous pouvons emprunter au Mémoire que nous avons envoyé, en 1884, à la Société de thérapeutique, quelques explications qui seront ici à leur place :

La laryngite spasmodique est constituée par deux éléments ;

(1) Professeur Peter, loc. cit.

(2) Dr Séjournet. De la laryngite spasmodique ou coqueluchoïde et de son traitement. *In* Bulletins et mémoires de la Société de thérapeutique, 1884.

l'élément inflammatoire et l'élément nerveux ou convulsif ; c'est la réunion de ces deux conditions qui en fait une maladie d'une allure et d'une modalité cliniques toutes spéciales. Il s'agit bien dans cette maladie d'une toux quinteuse, spasmodique, rappelant de loin les quintes de la coqueluche. Comme dans cette dernière, du reste, la toux peut produire des désordres tout mécaniques. Qui ne connaît, par exemple, les hémorrhagies nasales chez les jeunes coquelucheux ? Eh bien, nous avons vu un adulte atteint de laryngite coqueluchoïde chez lequel la violence des quintès produisait des épistaxis.

La laryngite spasmodique commence par une toux qui n'éveille pas d'abord l'attention. Elle consiste en deux ou trois saccades expiratoires brèves, superficielles qui se renouvellent à de rares intervalles. Puis, de jour en jour, les saccades deviennent plus nombreuses, plus rapides et constituent la quinte. Cette quinte se produit le plus souvent au réveil, ou quand le malade sort du lit, alors qu'il est saisi par l'air froid, ou quand il passe d'un milieu plus chaud dans un autre, quand il quitte sa demeure pour entrer dans la rue. Si c'est un fumeur, la fumée du tabac provoque la quinte de toux ; le sujet se fatigue-t-il à parler ou vient-il à élever la voix, il est pris d'une quinte qui en appelle une autre ; il peut y en avoir dans un jour un nombre très grand, jusqu'à quinze ou vingt. De sorte que le malade est épuisé, affaibli, soutenu seulement par son appétit qui généralement ne fait pas défaut. Malgré cela, il peut maigrir, autant sous l'influence des sueurs de la nuit que des fréquents vomissements auxquels il est sujet après les quintes de toux.

Si, en plus de cet amaigrissement, le malade constate quelques filets de sang dans les crachats, s'il est pris des sueurs nocturnes dont nous venons de parler, souvent il s'affecte et se décourage, craignant une maladie de poitrine ; ces malades en effet, comme nous avons pu le constater, deviennent facilement hypocondriaques.

Avant chaque quinte, une titillation se fait sentir dans le larynx et le sujet lui-même sait bien localiser cette sensation au-devant du cou. Comme nous l'avons vu dans nos observations, la laryngite s'accompagne presque toujours d'angine pharyngée, rarement de bronchite. Nous n'avons cité que deux cas dans lesquels cette complication s'est montrée, encore ne fût-elle que passagère. Aussi ne peut-on attribuer à la bronchite les quintes qui appartiennent exclusivement à la laryngite spasmodique. Il est bien entendu que cette maladie n'a rien de commun avec la phthisie laryngée ou la phthisie pulmonaire.

Une fois que cette affection s'est installée, elle est d'une téna-

cité désespérante. Elle dure généralement plusieurs mois, quatre, cinq et six, à moins que le traitement ne vienne y mettre fin plus tôt.

Ce traitement se compose de badigeonnages du pharynx et de la partie sus-glottique du larynx, au moyen de la teinture d'iode pure ; nous avons obtenu la guérison en trois ou quatre applications dans les neuf cas sur lesquels est basé notre mémoire.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

DES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE. — Le Dr *Graily Hewitt*, professeur émérite d'obstétrique à l'University Collège de Londres, a fait à la Société américaine de gynécologie une communication dont voici un résumé.

L'auteur examine en particulier l'état de l'utérus dans ses relations avec les vomissements incoercibles de la grossesse et il analyse dans une série de tableaux plus de cinquante cas dans lesquels avaient été notées ses modifications. Dans 5 cas il y avait une altération des membranes d'enveloppe de l'utérus gravide. Dans 2 il y avait une inflammation du tissu cellulaire, l'utérus étant en outre en antéversion ou en antéflexion. Dans 11 cas l'utérus était en rétroversion ou en rétroflexion, et manifestement enclavé dans le bassin. Dans 30 cas l'utérus était en antéversion ou en antéflexion ; dans 17 de ces 30 cas, l'utérus était également enclavé dans le bassin ; dans 6 cas il y avait un véritable emprisonnement de l'utérus dans la cavité pelvienne. Dans 12 cas il y avait induration ou épaississement du col de l'utérus et dans la plupart d'entre eux l'utérus était également en antéflexion.

Les cas analysés montrent combien souvent les vomissements incoercibles de la grossesse sont liés à la rétention dans le bassin de l'utérus en antéflexion ou en rétroflexion, de même qu'ils montrent l'importance de l'épaississement ou de l'induration du col. L'enclavement de l'utérus gravide en rétroflexion ou en rétroversion est bien connu et il est considéré comme une complication sérieuse, mais les faits relatés montrent qu'il faut également songer à l'antéflexion et que celle-ci peut être associée à un véritable enclavement de l'utérus dans le bassin ; ils montrent, en outre, que cette association de l'antéflexion et de l'enclavement peut exposer aux vomissements incoercibles de la grossesse. Dans un certain nombre de cas cet enclavement était si prononcé qu'on n'a pu le faire disparaître.

L'importance de l'enclavement comme cause de ces vomissements

est prouvée par les résultats du traitement. Sur 11 cas de rétroflexion, 9 guérirent par le simple fait de remettre l'utérus en place. Sur 11 cas d'antéflexion dans lesquels l'enclavement ne fut pas ou ne put être écarté, la mort survint dans 3 cas. Dans 6 de ces 11 cas on pratiqua l'avortement et il y eut 2 morts. Sur 11 cas d'avortement spontané il y eut une mort. Sur 11 cas d'antéflexion avec enclavement, 6 furent traités avec succès, par les simples manipulations 4 fois, par le repos, 2 fois ; sur ces 6 cas il y eut 6 guérisons. Sur 6 cas d'emprisonnement de l'utérus, il y eut réduction par la main, 4 fois ; 2 fois l'utérus sortit spontanément ; il y eut guérison dans ces 6 cas.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VI

Séance du 30 *juillet* 1888. — Présidence de M. PERCHERON.

La CORRESPONDANCE comprend une lettre de M. le secrétaire général qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et propose à la Société de prendre deux mois de vacances. La proposition de M. Guillier mise aux voix est adoptée.

M. *Berger* communique l'observation d'un corps étranger (une épingle), qu'il a retiré de la région épiglottique d'une jeune fille (V. *France médicale*, n° 705).

M. *Polaillon*, à propos de cette observation, dit qu'on pourrait rapprocher le spasme que M. Berger a constaté de ce qui se passe pour les corps étrangers pharyngiens et œsophagiens. Le spasme dure quelquefois très longtemps et s'accompagne d'un état nerveux très pénible.

Quant à la cocaïnisation, il a pu le matin même en éprouver les bons effets chez un homme venu de province où il a été déjà quatre fois opéré de polypes végétants dans la région aryténo-épiglottique gauche. La tumeur avait la grosseur d'une petite noix, une base étalée.

Grâce à la cocaïne il a pu en faire l'ablation sans douleur au moyen du serre-nœuds galvanique. Il a remarqué d'ailleurs que la section portait sur du tissu malade et qu'une autre opération serait nécessaire.

M. *Berger* a fait remarquer en passant que la cocaïnisation du larynx n'est mentionnée dans aucun des rapports qui ont été faits sur la maladie de l'empereur d'Allemagne ; en sorte qu'on ne sait pas si cet anesthésique local a été employé dans les différentes explorations ou opérations qu'a eu à subir l'illustre malade.

M. *Porack* a employé la cocaïne pour les crevasses du sein et n'a

35e Année. — Tome II. · N° 129 Samedi 3 Novembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Prolapsus de la muqueuse uréthrale chez une petite fille. — Opération.

Par les Drs Morand et Richard,
(de Pithiviers).

En avril 1888, nous fûmes appelés par les nommés R..., pour examiner leur petite fille âgée de dix ans, chez laquelle ils venaient de constater une tumeur aux parties génitales.

Nous en fîmes l'examen. Une tumeur de couleur rouge vif, framboisé, de consistance molle, saignant au moindre contact, longue de quatre centimètres, faisait saillie entre les petites lèvres. Elle rappelait par sa forme le col de l'utérus. Son extrémité inférieure présentait un petit orifice, une fente plutôt. L'introduction d'une sonde étant très douloureuse, nous demandons à l'enfant si elle urinait par sa tumeur. Sur sa réponse affirmative, nous la prions de le faire ; elle complète elle-même le diagnostic.

Nous avions affaire à ce que les auteurs appellent tumeur hypertrophique de la muqueuse uréthrale, à ce que M. Gaillard Thomas (dans son Traité des maladies des femmes) nomme prolapsus de l'urèthre avec prolifération du tissu conjonctif de la muqueuse.

Le méat étant complètement entouré, ce n'était ni une caroncule irritable, ni un polype, ni un angiome veineux.

Nous n'avons pu savoir à quelle époque remontait l'apparition de cette tumeur. L'enfant, depuis quelque temps, éprouvait de la difficulté et de la douleur dans la miction ; elle ressentait de vives cuissons, perdait du sang au moindre tiraillement, avait un peu de leucorrhée. Enfin, elle urinait sur ses talons.

L'opération est acceptée séance tenante par les parents.

Comme cette tumeur saignait facilement, nous nous arrêtons au procédé suivant : L'enfant n'est pas anesthésiée. Après l'introduction facile, mais douloureuse, d'une sonde de petit calibre, destinée à rester en place et à guider notre aiguille courbe, la tumeur est

BIBLIOGRAPHIE

De l'ulcère simple de l'œsophage, par le Dr *E. Berrez*, de l'Hermenault (Thèse de Paris, 1888, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.)

Cette étude sur une affection peu commune et peu étudiée jusqu'à ce jour a été inspirée au Dr Berrez par son maître le Dr Debove qui, dans une série de communications, appelait récemment l'attention de la Société médicale des hôpitaux sur ce sujet.

Le plus rare de tous les ulcères simples du tube digestif, l'ulcère simple de l'œsophage. siège le plus souvent sur le tiers inférieur de cet organe et ressemble à celui de l'estomac ou du duodénum par l'ensemble de ses caractères anatomiques, par l'état de ses bords et de son fond, par sa tendance à la destruction en profondeur des parois de l'organe qui en forment la base. Il n'est pas rare d'ailleurs de le voir coexister avec une lésion analogue de l'estomac ou du duodénum.

Cliniquement l'ulcère simple de l'œsophage semble marqué au début par des troubles digestifs légers, sans caractère spécial. Puis, après des semaines ou des mois, apparaissent les symptômes fondamentaux : douleur, dysphagie, vomissements, hématémèses.

Il existe bien encore quelques autres phénomènes, troubles digestifs divers, perte de l'appétit, dégoût pour la nourriture, soif, constipation, etc.; mais ils n'offrent rien de particulier; il *en est de* même des troubles généraux et de la cachexie qui entraînent le défaut d'alimentation et les hémorrhagies.

Aussi l'ensemble des caractères cliniques est-il loin d'être pathognomonique et dans la plupart des cas, l'affection n'a pas même été soupçonnée pendant la vie : le hasard seul l'a fait découvrir à l'autopsie.

Toutefois il s'en faut que le pronostic soit toujours fatal et la guérison pourrait être complète dans certains cas. Plus fréquemment, elle serait incomplète : l'ulcère se cicatrise, mais il reste un rétrécissement de l'œsophage.

Quant à l'étiologie et à la pathogénie, il suffit de lire les quelques pages que lui consacre le Dr Berrez pour voir que nos connaissances sur ce point comme sur beaucoup d'autres sont encore loin d'être satisfaisantes.

Dr E. Deschamps.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 5 au 10 novembre 1888.

Lundi 5. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu :

et auquel concourt un certain degré d'irritation pharyngée ou gastrique ; 2° Un vomissement gastrique à proprement parler. Les causes de celui-ci seraient au nombre de quatre et résulteraient de l'apepsie, de l'hypercrinie, de la gastralgie convulsive et de l'irritation gastrique ; 3° Un vomissement central ou bulbaire. Nous reviendrons sur celui-ci tout à l'heure.

Quant à la première sorte de vomissement, ou vomissement mécanique, par la toux, on n'y croit plus. « On les attribue d'habitude « à l'effort, dit M. Hallopeau, (1) mais s'il en était ainsi, les efforts « violents que nécessitent souvent la défécation, l'expulsion de l'u- « rine, et le soulèvement d'un fardeau les produiraient de même, et « il n'en est rien. »

Quant au vomissement gastrique, il est évident que dans bien des cas, il est seul en cause et que la perturbation fonctionnelle, ou la lésion de l'organe digestif sont seules responsables de l'acte évacuateur, mais nous pourrions, et bien des praticiens pourraient avec nous, citer des phthisiques dont l'appétit et la digestion demeurent dans des conditions normales et qui pourtant vomissent.

Les coquelucheux, dont M. le professeur Peter compare les vomissements à ceux des phthisiques, vomissent bien souvent après chaque quinte et pourtant, comme le fait remarquer M. Cadet de Gassicourt (2), « les coquelucheux eux-mêmes sont si peu atteints « d'un trouble fonctionnel de l'estomac, qu'ils digèrent parfaitement « quand les aliments ne sont pas chassés violemment par l'effort de « la quinte. » Du reste, tous les praticiens n'ont-ils pas remarqué que, chez les individus atteints de bronchite aiguë ou chronique, la toux pourvu qu'elle soit quinteuse peut provoquer parfois des vomissements aussi bien que chez les coquelucheux et les phthisiques, et, ajouterons-nous, malgré la parfaite conservation des facultés digestives ?

Plus loin, nous donnerons quelques observations de toux quinteuse indépendante de la phthisie ou de la coqueluche et qui était suivie de vomissement chez des sujets dont l'appétit était excellent et la digestion parfaite. Ce sera notre dernier argument contre les théories qui voudraient attribuer les vomissements des tousseurs au désordre des fonctions gastriques.

Nous pouvons donc en conclure que le plus souvent, chez les phthisiques comme chez les coquelucheux, le vomissement n'est pas explicable par l'apepsie, l'hypercrinie, la gastralgie ou l'irritation de l'estomac, mais qu'il a son point de départ dans les quintes de

(1) Hallopeau. Traité de pathologie générale, 1884.

(2) Traité clinique des maladies de l'enfance. T. II. Coqueluche.

mentale. *Président* : M. Brouardel. — M. DE VIVILLE : Gangrènes des pieds d'origine nerveuse. *Président* : M. Cornil.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Tarnier est chargé du cours de clinique obstétricale.

M. le Dr Ménétrier est nommé chef des travaux anatomiques au laboratoire de clinique médicale — hôpital de la Pitié — en remplacement de M. Duflocq, appelé à d'autres fonctions.

M. Belin est nommé chef des travaux chimiques du même laboratoire en remplacement de M. Ménétrier.

Ecole de médecine de Marseille. — Par arrêté ministériel, en date du 27 octobre 1888, un concours s'ouvrira le 20 juin 1889, à la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Marseille.

Hotel-Dieu. — *Leçons de clinique chirurgicale.* — M. le Dr Tillaux commencera ses leçons de clinique chirurgicale le lundi 12 novembre à 10 heures du matin, et les continuera les mercredi, vendredi et lundi suivants à la même heure.

Cours d'accouchements. — MM. les Drs Boissard et Varnier commenceront un cours gratuit d'accouchements le lundi 12 novembre, 2 rue Casimir-Delavigne.

Le cours aura lieu tous les jours à 4 heures et comprendra 32 leçons.

Pour se faire inscrire s'adresser à la librairie Steinheil, 2 rue Casimir-Delavigne.

Bulletin de la mortalité *du* 21 *au* 27 *octobre* 1888. — Fièvre typhoïde, 18. — Variole, 3. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, Croup, 25. — Phthisie pulmonaire, 210. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs cancéreuses et autres, 54.

Méningite, 32. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 58. — Paralysie, 1[illegible] — Ramollissement cérébral, 12. — Maladies organiques du cœur, 69.

Bronchite aiguë et chronique, 66. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 9[illegible]

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 57.

Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 17. — Sénilité, 35. — Suicides et autres morts violentes, 26. — Autres causes de mort, 156. — Causes inconnues, 11.

Nombre absolu de la semaine : 906. — Résultat de la semaine précédente : 928.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

tion du sang veineux entravée : il y a donc forcément, par suite de cette gêne circulatoire momentanée, une congestion des organes intra-crâniens, qui est, du reste, bien démontrée par le facies violacé des coquelucheux, le gonflement des veines du cou et par les hémorrhagies nasales concomitantes.

Les quintes de toux opposent donc un obstacle à la circulation, elles produisent fatalement de la congestion cérébrale, aussi bien chez les phthisiques que chez les coquelucheux, et chez tous les malades dont la toux est quinteuse. Que cette hyperémie atteigne le bulbe, rien de plus évident ; le cervelet lui-même, après certains efforts, de toux, est bien certainement congestionné, car le trouble dont il est le siège se manifeste par des vertiges et des tournoiements de tête. Ces sensations ont été accusées plus d'une fois devant nous par des malades atteints de laryngite spasmodique.

Ce serait donc surtout la base du cerveau qui se congestionnerait dans les efforts de toux ; du moment que le bulbe est hyperémié, le centre vomitif doit participer à cette gêne circulatoire et le vomissement devient compréhensible.

Dans ce cas, nous n'avons pas à recourir aux actes réflexes pour expliquer le vomissement, l'impression perçue par le centre bulbaire congestionné est directe, immédiate. Cette interprétation de la pathogénie du vomissement nous paraît admissible chez les tousseurs ; elle est applicable, selon nous, aux phthisiques et aux coquelucheux, de même qu'aux sujets atteints de laryngite spasmodique qui vomissent après leurs quintes.

M. le professeur Peter ne reconnaît que deux maladies, la phthisie et la coqueluche, capables de provoquer des vomissements par la toux : « en dehors de ces deux maladies, dit-il, jamais la toux ne « produit de vomissements ; de sorte que, le cas échéant, on n'a plus « qu'à faire le diagnostic entre elles deux (1) »

Nous avons pourtant observé et décrit une autre maladie à laquelle nous faisions allusion tout à l'heure, la laryngite spasmodique ou coqueluchoïde, (2) dans laquelle le vomissement se produit fréquemment à la suite des quintes.

Qu'est-ce que cette laryngite coqueluchoïde ?

Nous pouvons emprunter au Mémoire que nous avons envoyé, en 1884, à la Société de thérapeutique, quelques explications qui seront ici à leur place :

La laryngite spasmodique est constituée par deux éléments ;

(1) Professeur Peter, loc. cit.

(2) Dr Séjournet. De la laryngite spasmodique ou coqueluchoïde et de son traitement. *In* Bulletins et mémoires de la Société de thérapeutique, 1884.

cité désespérante. Elle dure généralement plusieurs mois, quatre, cinq et six, à moins que le traitement ne vienne y mettre fin plus tôt.

Ce traitement se compose de badigeonnages du pharynx et de la partie sus-glottique du larynx, au moyen de la teinture d'iode pure ; nous avons obtenu la guérison en trois ou quatre applications dans les neuf cas sur lesquels est basé notre mémoire.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Des vomissements incoercibles de la grossesse. — Le Dr *Graily Hewitt*, professeur émérite d'obstétrique à l'University Collège de Londres, a fait à la Société américaine de gynécologie une communication dont voici un résumé.

L'auteur examine en particulier l'état de l'utérus dans ses relations avec les vomissements incoercibles de la grossesse et il analyse dans une série de tableaux plus de cinquante cas dans lesquels avaient été notées ses modifications. Dans 5 cas il y avait une altération des membranes d'enveloppe de l'utérus gravide. Dans 2 il y avait une inflammation du tissu cellulaire, l'utérus étant en outre en antéversion ou en antéflexion. Dans 11 cas l'utérus était en rétroversion ou en rétroflexion, et manifestement enclavé dans le bassin. Dans 30 cas l'utérus était en antéversion ou en antéflexion ; dans 17 de ces 30 cas, l'utérus était également enclavé dans le bassin ; dans 6 cas il y avait un véritable emprisonnement de l'utérus dans la cavité pelvienne. Dans 12 cas il y avait induration ou épaississement du col de l'utérus et dans la plupart d'entre eux l'utérus était également en antéflexion.

Les cas analysés montrent combien souvent les vomissements incoercibles de la grossesse sont liés à la rétention dans le bassin de l'utérus en antéflexion ou en rétroflexion, de même qu'ils montrent l'importance de l'épaississement ou de l'induration du col. L'enclavement de l'utérus gravide en rétroflexion ou en rétroversion est bien connu et il est considéré comme une complication sérieuse, mais les faits relatés montrent qu'il faut également songer à l'antéflexion et que celle-ci peut être associée à un véritable enclavement de l'utérus dans le bassin ; ils montrent, en outre, que cette association de l'antéflexion et de l'enclavement peut exposer aux vomissements incoercibles de la grossesse. Dans un certain nombre de cas cet enclavement était si prononcé qu'on n'a pu le faire disparaître.

L'importance de l'enclavement comme cause de ces vomissements

est prouvée par les résultats du traitement. Sur 11 cas de rétroflexion, 9 guérirent par le simple fait de remettre l'utérus en place. Sur 11 cas d'antéflexion dans lesquels l'enclavement ne fut pas ou ne put être écarté, la mort survint dans 3 cas. Dans 6 de ces 11 cas on pratiqua l'avortement et il y eut 2 morts. Sur 11 cas d'avortement spontané il y eut une mort. Sur 11 cas d'antéflexion avec enclavement, 6 furent traités avec succès, par les simples manipulations 4 fois, par le repos, 2 fois ; sur ces 6 cas il y eut 6 guérisons. Sur 6 cas d'emprisonnement de l'utérus, il y eut réduction par la main, 4 fois ; 2 fois l'utérus sortit spontanément ; il y eut guérison dans ces 6 cas.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 30 *juillet* 1888. — Présidence de M. Percheron.

La correspondance comprend une lettre de M. le secrétaire général qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et propose à la Société de prendre deux mois de vacances. La proposition de M. Guillier mise aux voix est adoptée.

M. *Berger* communique l'observation d'un corps étranger (une épingle), qu'il a retiré de la région épiglottique d'une jeune fille (V. *France médicale*, n° 705).

M. *Polaillon*, à propos de cette observation, dit qu'on pourrait rapprocher le spasme que M. Berger a constaté de ce qui se passe pour les corps étrangers pharyngiens et œsophagiens. Le spasme dure quelquefois très longtemps et s'accompagne d'un état nerveux très pénible.

Quant à la cocaïnisation, il a pu le matin même en éprouver les bons effets chez un homme venu de province où il a été déjà quatre fois opéré de polypes végétants dans la région aryténo-épiglottique gauche. La tumeur avait la grosseur d'une petite noix, une base étalée.

Grâce à la cocaïne il a pu en faire l'ablation sans douleur au moyen du serre-nœuds galvanique. Il a remarqué d'ailleurs que la section portait sur du tissu malade et qu'une autre opération serait nécessaire.

M. *Berger* a fait remarquer en passant que la cocaïnisation du larynx n'est mentionnée dans aucun des rapports qui ont été faits sur la maladie de l'empereur d'Allemagne ; en sorte qu'on ne sait pas si cet anesthésique local a été employé dans les différentes explorations ou opérations qu'a eu à subir l'illustre malade.

M. *Porack* a employé la cocaïne pour les crevasses du sein et n'a

pas toujours obtenu le résultat qu'il attendait; il l'incorpore cependant dans un corps gras pour la rendre plus absorbante par la peau.

M. *Berger* a pu opérer sans douleur deux bubons après avoir appliqué dessus des tampons d'ouate hydrophile imbibés d'une solution de cocaïne.

M. *Porack* n'a pas constaté d'action bien nette sur la douleur des femmes en couches.

M. *Polaillon* vient d'observer un curieux effet de la graine de lin dans un cas de constipation opiniâtre. Une jeune femme bien portante, habituellement constipée, prenait depuis trois mois, tous les jours, une cuiller à bouche de graines de lin, lorsqu'un jour les garde-robes ont été supprimées entièrement; la malade n'allait pas à la selle depuis huit jours et présentait les signes d'une occlusion intestinale. On pratiqua un anus artificiel par lequel s'échappa une énorme quantité de graines de lin. Malgré cela la malade a continué à dépérir et a succombé sept jours après dans un état typhoïque absolu.

M. Polaillon rappelle qu'un pareil fait rapporté par M. Verneuil avait été produit par des pépins de figues; il pense que dans le cas qui lui est personnel l'intervention a été trop tardive et que la femme a succombé à la stercorémie.

M. *Berger* dit que ces faits d'occlusion intestinale produits par les graines sont fort curieux et font songer à ce qui se passe chez les animaux qui absorbent les mêmes produits sans les broyer et qui parviennent facilement à s'en débarrasser. Il a vu des cobayes nourris avec de la graine de maïs s'emplir l'intestin comme un sac de blé et continuer à en ingérer jusqu'à amener la rupture de l'intestin. Il est probable que ces différences entre l'homme et les animaux tiennent à la nature des sécrétions.

M. *Porack* expose une question de pratique obstétricale et fait ressortir la difficulté d'apprécier le volume de l'enfant pour savoir quand il convient de faire la céphalotripsie.

M. *Berger* demande si après la céphalotripsie on ne peut pas avoir de difficultés à extraire le tronc.

M. *Porack* dit qu'il n'en a jamais eu. Il n'y aurait que le cas d'ascite congénitale.

M. *Berger* demande si dans les cas dont parle M. Porack on ne pourrait pas tenter l'opération césarienne.

M. *Porack* dit que les statistiques d'opération césarienne ou d'opération de Porro, ne sont pas assez rassurantes pour qu'on en fît courir les risques à la mère.

La séance est levée à 10 heures 10.

Le Secrétaire annuel,
Dr VEILLEAU.

énergiquement pendant l'appui du membre sain. Or la descente du corps pendant l'appui du pied sur le sol diminue la force de cet appui et par conséquent la douleur qui l'accompagne.

C'est à tort qu'on a pu dire que, du moment où un seul pied repose sur le sol, ce pied porte nécessairement tout le poids du corps et rien que ce poids. Cela serait vrai si le corps restait immobile ; mais, comme dans la marche la jambe à l'appui se ploie et s'étend tour à tour, le centre de gravité du corps exécute des mouvements de descente et de remontée qui s'accompagnent de diminution et d'accroissement alternatifs de la pression du pied sur le sol. Du reste, chacun peut sur soi-même se rendre compte des effets mécaniques de la claudication.

Et d'abord, pour rendre douloureux l'appui d'un pied sur le sol, il suffit de placer dans sa chaussure un corps étranger dur et anguleux; au bout de quelques instants de marche, on sera dans l'état voulu. On constatera alors facilement que, dans la marche à pas égaux, la douleur est très vive, mais que si, au moment de l'appui du pied endolori, on laisse fléchir brusquement la jambe correspondante et le corps s'abaisser, la douleur sera plus faible. Pendant cet appui incomplet, le pied non douloureux va rapidement prendre sa position nouvelle et, d'une poussée vigoureuse, relève à son niveau normal le corps qui s'était laissé tomber un instant.

Au point de vue des lois mécaniques qui régissent la pression du pied sur le sol, il y a lieu de considérer trois cas, dans lesquels cette pression est tantôt égale au poids du corps, tantôt supérieure, tantôt inférieure à ce poids.

1° Si le centre de gravité du corps est immobile ou animé d'un mouvement uniforme d'élévation ou d'abaissement, la pression sur le sol est précisément égale au poids du corps.

2° Si le centre de gravité s'élève d'un mouvement accéléré, c'est que l'appareil musculaire fait plus que soutenir le poids du corps, mais développe un surcroît d'effort qui se transmet au sol et qui a pour mesure l'accélération même imprimée à la masse du corps.

3° Si le centre de gravité du corps s'abaisse d'un mouvement accéléré, le poids du corps ne se transmet pas tout entier au pied à l'appui, car une partie de la pesanteur travaille à produire l'accélération descendante de la masse du corps. Cette force, qui ne se transmet pas au sol, représente une partie du poids du corps d'autant plus grande, que l'accélération descendante est plus grande et s'approche davantage de la valeur de *g*, ou 9 m. 80 par seconde.

Ces conséquences nécessaires de la théorie se vérifient par l'expérience lorsqu'on a recours à l'emploi simultané de la Photo-chronographie pour saisir les phases de l'accélération verticale du centre

MM. Guyon, Reclus, Budin. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Straus, Lancereaux, Chauffard.

Mardi 6. — Médecine opératoire : MM. Panas, Campenon, Peyrot. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. G. Sée, Cornil, Quenu. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Le Fort, Berger, Maygrier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Duplay, Tarnier, Brun. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Peter, Dieulafoy, Troisier.

Mercredi 7. — 1er examen, officiat (fin d'année) : MM. Regnauld, Lutz, Pouchet. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Bouilly, Budin, Jalaguier. — 4e examen, doctorat : MM. Hayem, Joffroy, Déjerine.

Jeudi 8. — 2e examen, doctorat, officiat (fin d'année) : MM. Ball, Berger, Quenu. — 3e examen (fin d'année), officiat : MM. Richet, Grancher, Joffroy. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Troisier.

Vendredi 9. — 1er examen (fin d'année), officiat : MM. Damaschino, Lutz, Villejean. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Trélat, Reynier, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Bouilly, Budin, Segond. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Fournier, Landouzy. Déjerine.

Samedi 10. — 1er examen (fin d'année), officiat : MM. Laboulbène, Lutz, Villejean. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Berger, Quenu. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Bouchard, Cornil, Quinquaud.

Thèses pour le doctorat. — Mercredi 7, à 1 heure. — M. Plicque : Récidive des tumeurs malignes. *Président* : M. Verneuil. — M. Demars : Des kystes hydatiques du foie. *Président* : M. Verneuil. — M. Felici : Rapport de la chlorose avec la tuberculose. *Président* : M. Potain.

Jeudi 8, à 1 heure. — M. Pantaloni : Portion pelvienne des uretères chez la femme. *Président* : M. Le Fort. — M. Jondeau : Nœvi polyphoïde du méat urinaire chez la femme. *Président* : M. Le Fort. — M. Lavaux : Du lavage de la vessie sans sonde. *Président* : M. Peter. — M. Rousseau : Contribution à l'étude de l'antisepsie en obstétrique dans ses applications à la campagne. *Président* : M. Duplay. — M. Thérbault : De la transparence dans la tumeur comme élément de diagnostic. *Président* : M. Panas. — M. Milier : Contritubion à l'étude de l'épilepsie dans ses rapports avec l'aliénation

observations que généralement l'appétit était conservé et que l'estomac continuait à fonctionner, malgré les vomissements. La cause de ces derniers ne peut donc reconnaître une origine gastrique et si nous faisons remarquer que beaucoup de ces malades avaient la face congestionnée et éprouvaient des sensations vertigineuses au moment de leurs quintes, nous aurons peut-être rendu admissible l'hypothèse d'une hyperémie cérébelleuse et bulbaire.

Pour nous, nous ne mettons pas en doute ces troubles circulatoires produits par les efforts congestifs de la toux, au niveau du bulbe, et nous sommes convaincu que ces désordres purement fonctionnels doivent être considérés comme responsables des vomissements. La même explication serait donc applicable aux vomissements de la laryngite spasmodique de la coqueluche et de la phthisie pulmonaire.

Ne pourrions-nous nous appuyer sur cette interprétation de la pathogénie des vomissements par la toux, pour essayer d'élucider la vraie cause de l'acte vomitif dans le mal de mer, ou à la suite de certains mouvements tels que ceux de la balançoire, de la voiture ou de la valse. « Nous ignorons la cause première des vomissements du mal de mer, dit M. Dujardin-Beaumetz (1), cause première qui sans doute est multiple et résulte de la vue, de l'odeur et des modifications produites dans l'équilibre des viscères abdominaux ». « On n'en connaît pas la cause prochaine, dit M. Hallopeau (2), on ignore si l'excitation du céntre vomitif est due à l'ébranlement de ses *éléments* par les mouvements anormaux que subit le corps, à un trouble de circulation ou à l'excitation d'une autre partie du système nerveux. »

Les perturbations fonctionnelles qui résultent du mal de mer ou des mouvements violents et anormaux de la valse, de la balançoire, etc..., sont certainement des phénomèmes du même genre. Pour nous, voici comment nous nous expliquons le mal de mer. Chez un individu non habitué au tangage et au roulis, le corps se trouve en quelque sorte déséquilibré. Le patient fait des efforts pour se raidir contre les mouvements irréguliers auxquels il est livré, il se maintient comme il peut et cherche à conserver son équilibre gravement compromis. Mais quel est donc l'organe chargé de faire ces efforts de coordination musculaire et de maintenir l'harmonie des mouvements? N'est-ce pas le cervelet qui est considéré comme le centre coordinateur de tous les mouvements du corps? A soutenir une pareille lutte, le cervelet se fatigue, sa circulation en souffre évidemment et il en résulte un désordre vasculaire qui se transmet

(1) Leçons de clinique thérapeutique. T. I. Traitement du vomissement.
(2) Traité de pathologie générale.

au bulbe et par le même mécanisme que tout à l'heure provoque le vomissement.

La preuve que le mal de mer est dû aux oscillations du navire, c'est qu'on peut s'en préserver ou du moins en atténuer les effets, en se couchant sur un lit mobile. Là, le corps n'a plus à lutter contre les mouvements déréglés qui le fatiguent et troublent l'harmonie de ses efforts. Nous ne pensons pas que le mal de mer soit dû à l'odeur ni au vertige que causeraient le déplacement des objets environnants ; dans ce dernier cas, il suffirait de fermer les yeux pour résister aux envies de vomir. Quant à l'odeur des exhalaisons marines, elle nous paraît incapable de produire le mal de mer ; car, en ce cas, le même résultat pourrait se manifester chez les baigneurs qui respirent l'air de la mer, sans en être incommodés.

Nous pensons donc pouvoir considérer comme la seule vraie l'interprétation que nous avons donnée plus haut et qui rattache à un trouble circulatoire de la région bulbaire les nausées et les vomissements. Le centre vomitif qui a son siège dans le bulbe est impressionné directement par ce désordre fonctionnel et il y répond en provoquant la susceptibilité du pneumogastrique et la révolte de l'estomac. Il y a donc ici trouble dynamique du centre bulbaire au même titre que le désordre fonctionnel du cervelet.

Ces considérations nous paraissent applicables aux mouvements violents de l'escarpolette, de la valse, de la locomotion en voiture, en chemin de fer, etc. Selon les idiosyncrasies, l'équilibre des mouvements est plus ou moins facile à conserver ; s'il y a rupture de l'harmonie coordinatrice de ces mouvements, c'est, comme plus haut, par suite d'un désordre des fonctions de coordination du cervelet, d'où effort, d'où fatigue et perturbation circulatoire, d'où impression du centre vomitif bulbaire et, enfin, évacuation du contenu stomacal.

Le chloral, d'après Pritchard et Giraldès qui l'a expérimenté sur lui-même dans plusieurs traversées de Calais à Douvres, paraît à M. Dujardin-Beaumetz devoir être considéré comme le meilleur médicament contre le mal de mer. Le chloral n'agirait-il pas dans ce cas en qualité de régulateur de la circulation intra-crânienne ? D'après M. le professeur G. Sée, en effet, le chloral doit être regardé comme un modérateur de l'action du cœur en tant que force et nombre et comme dépresseur de la tension vasculaire. Si le chloral contribue vraiment à maintenir la régularité de la circulation cérébrale, à ce titre il peut agir contre le mal de mer, pour les raisons que nous avons exposées ; peut-être aussi ce médicament agit-il directement sur les centres nerveux et particulièrement sur le bulbe en donnant au centre vomitif une résistance et une tonicité qui mettent un frein aux envies de vomir dont sont menacés les voyageurs en mer.

D'un autre côté, si sous l'influence du chloral qui se donne, en une fois, à la dose de 1 à 3 grammes, au moment du départ, dit M. Dujardin-Beaumetz, si, disons-nous, sous l'influence du chloral, le voyageur s'endort comme fit Giraldès sur une mer furieuse entre Douvres et Calais, il nous semble par ce fait même, à l'abri du mal de mer puisqu'il devient étranger aux ballottements du vaisseau et n'a plus à se préoccuper de l'équilibre de ses mouvements. Pendant un sommeil tranquille, le cerveau demeure indifférent aux influences du dehors ; sa circulation se régularise et il échappe aux causes de perturbation fonctionnelle qui le menacent à l'état de veille, en pleine mer.

Quant au traitement du vomissement dans les maladies à toux quinteuse telles que coqueluche, phthisie pulmonaire, laryngite spasmodique, il repose sur les moyens de combattre la toux, quelles que soient son origine et sa cause. Ainsi pour calmer les quintes de la coqueluche, on peut utiliser les traitements les plus classiques, soit l'alcoolature de drosera, la teinture de myrrhe ou la potion composée de bromure et de chloral que recommande M. Dujardin-Beaumetz, soit la belladone qui a donné les meilleurs résultats à Trousseau et à M. Cadet de Gassicourt.

Contre la toux de la phthisie pulmonaire, on peut aussi tirer parti du badigeonnage pharyngé que nous avons employé autrefois dans le service de notre maître, M. Moutard-Martin, à l'hôpital *Beaujon*, et qui se fait avec une solution bromurée dans laquelle entrent 5 grammes de bromure de potassium pour 10 grammes d'eau.

Nous ne dirons rien de tous les calmants usités contre la toux quinteuse, surtout celle de la laryngite coqueluchoïde qui résiste aux antispasmodiques et aux sédatifs de tout genre. Mais nous avons pu combattre les accès fatigants et répétés de cette toux au moyen de badigeonnages pharyngo-laryngés avec la teinture d'iode. Nous avons décrit notre manière de faire dans le mémoire cité plus haut : elle consiste à badigeonner la surface du pharynx et la portion sus-glottique du larynx avec un long pinceau coudé trempé dans la teinture d'iode pure. Le lendemain ou le surlendemain, on répète la même opération qui peut être recommencée trois ou quatre fois de suite, s'il est nécessaire. On a vu plus haut que dans les neuf observations de notre mémoire, la guérison a été obtenue après une ou deux, trois ou quatre applications au plus.

Du reste, nous n'avons pas à insister sur le traitement de la toux quinteuse et des vomissements qu'elle occasionne, puisque le but de notre travail était d'étudier seulement la pathogénie de l'acte vomitif, dans certains cas.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

Séance du 31 *octobre* 1888. — *Présidence de* M. POLAILLON.

DÉCORTICATION DU NEZ. — M. *Delens*, à propos du procès-verbal, cite un cas d'éléphantiasis du nez observé dans sa pratique. La tumeur était volumineuse et pédiculée.

M. *Terrillon* se souvient aussi d'une tumeur du nez grosse comme le poignet qui pendait au-devant de la lèvre supérieure et qui nécessita la décortication au thermo-cautère.

M. *Marc Sée* a opéré 4 ou 5 individus atteints de la même affection mais par un autre procédé, par la cautérisation ponctuée qui lui a donné de très bons résultats.

M. *Lucas Championnière* tient à rappeler que c'est à Ollier que sont dues toutes ces méthodes, le chirurgien de Lyon préconisant la décortication pour tout ce qui pouvait être enlevé et la cautérisation pour ce qui dépassait les limites.

M. *Kirmisson* répond que ni M. Le Dentu, ni lui n'ont eu l'intention d'enlever à M. Ollier ce qui lui appartenait. Quant à l'observation de M. Delens, elle a ceci de particulier que la tumeur était pédiculée. On trouve des cas analogues cités dans le mémoire de Civadier; mais ils doivent former une classe particulière.

M. *Le Dentu* ajoute qu'il a commencé par citer M. Ollier dans sa communication, bien qu'en réalité, ces faits ne lui appartiennent pas, puisqu'on a l'observation d'une opération de ce genre faite en 1732. Il a aussi enlevé, il y a plusieurs années, une tumeur pédiculée sur une négresse des Antilles.

NÉVRITES PÉRIPHÉRIQUES. — M. *Monod*, à propos de la malade présentée par M. Routier dans la dernière séance, rappelle un cas analogue étudié dans la thèse de M. Leloir. Les manifestations cutanées dont il s'agit, seraient d'origine nerveuse et dues probablement à des névrites périphériques.

M. *Routier* annonce que ces manifestations se sont généralisées chez sa malade et que des plaques cutanées se trouvent aujourd'hui sur presque toute la surface du corps.

TRAITEMENT DU CANCER UTÉRIN (Suite de la discussion). — M. *Terrier* a déjà donné ses résultats au dernier Congrès de chirurgie et dans des articles de mai et juin 1888 de la Revue de chirurgie. A cette époque, il annonçait 17 hystérectomies vaginales, pratiquées pour cancer, chiffre qui va jusqu'à 21 aujourd'hui. Sur ces 21 cas, il n'a eu que 4 morts, l'une par hémorrhagie, l'autre par choc et par hémorrhagie, la troisième par choc et la quatrième par péritonite,

ce qui donnerait une moyenne de 17,02 de mortalité — 12 de ces opérations ne s'attaquaient qu'à un cancer du col, 3 à l'envahissement du col et du corps de l'utérus, 1 à un cancer du corps et des ligaments larges, 2 à des tumeurs du col et du vagin et 1 à un cancer du col, des ligaments larges et du vagin.

M. Terrier fait remarquer que ces diagnostics précis n'ont été faits qu'après l'opération, qu'il est impossible de les faire avant, ce qui plaide en faveur de l'extirpation totale. Dans les cas où le corps, les ligaments larges étaient pris, l'intervention ne pouvait être que palliative ; il a eu des résultats médiocres ; mais ils eussent été les mêmes avec l'amputation partielle ; ce qu'il cherchait c'était l'arrêt de l'hémorrhagie et il l'a obtenu notamment sur une malade qui avait été auparavant dans un autre service où on n'avait pas voulu intervenir définitivement. On peut compter six mois et douze jours de survie moyenne pour ces cas compliqués.

Dans les douze opérations où le corps seul était pris, il faut compter deux morts et dix guérisons immédiates. De ces dix dernières malades, cinq sont aujourd'hui vivantes sans récidive, cinq sont mortes depuis l'opération. En résumé la moyenne générale donne douze mois et dix-huit jours de survie.

L'orateur reprend ensuite les résultats de M. Verneuil et se plaint de ne pas trouver des indications assez précises dans les dates de l'opération, de la mort et dans les recherches histologiques. Laissant de côté les autres faits, il ne veut prendre que ceux cités par le professeur de la Pitié depuis l'année 1880 et arrive à trouver qu'en trois ans, il a pour sa part de meilleurs résultats que M. Verneuil dans huit. Il termine en disant qu'on ne saurait trop apporter dans ces questions de rigueur dans les observations, seul moyen qui permette d'arriver à des conclusions scientifiques et pratiques.

M. *Kirmisson* pense que chacun doit apporter son bilan, bon ou mauvais et malgré le petit nombre de ses opérations et leur mauvais résultat, il n'hésite pas à les indiquer. Parfois il est intervenu par l'hystérectomie vaginale ; trois fois il a eu des résultats déplorables. La première de ses malades est morte d'hémorrhagie, la seconde de pelvipéritonite suppurée. La troisième, opérée en août 1886, guérit rapidement et resta sans récidive une année. Elle revint en septembre 1887 sans récidive vaginale mais avec une énorme masse dans la fosse iliaque et la mort ne se fit pas attendre.

M. *Trélat* ne peut admettre que l'opération parcimonieuse soit présentée comme supérieure à l'intervention large. Il y a là une contradiction entre ces doctrines et les faits. Il sait bien que M. Verneuil défend plutôt l'amputation partielle qu'il n'attaque l'extirpation totale ; mais il a fait un tableau trop noir de cette dernière et dans

ces conditions, la comparaison n'est pas possible. Voici pour sa part ses résultats :

5 opérées : 1 morte ; 1 vivante suivie 3 ans 4 mois ; 1 morte, récidive au bout de 14 mois; 1 perdue de vue ; 1 opérée en mai, bien portante.

La femme qui est morte était un très mauvais cas ; mais le professeur de la Charité eut la main forcée.

En prenant les *moyennes de mortalité* annoncées déjà par les différents chirurgiens, il trouve une moyenne générale de 20 0/0 et c'est loin d'être le pronostic opératoire de l'hystérectomie totale. Tous ceux qui ont opéré souvent savent en effet qu'ils arriveraient à une moyenne de mortalité de 10 0/0, chiffre inférieur au 6 0/0 obtenu par Schrœder, mais qui n'offre déjà qu'une bien petite différence avec l'amputation supra-vaginale.

Si de la *gravité de l'opération* on passe aux difficultés du *diagnostic*, on s'aperçoit que cette science n'est pas encore fixée, que ce n'est que d'hier qu'on peut saisir les différences qui séparent certaines formes de fibromyones du cancer, certains épithéliomas de certaines métrites. M. Terrier a déjà montré que quatre fois sur dix le corps était envahi en même temps que le col ; et M. Quénu lui a fait savoir que dans deux examens d'ablation du museau de tanche, le microscope avait révélé des traînées cancéreuses qu'il était impossible de voir à l'œil nu et qui ainsi laissaient prendre pour une affection bénigne un néoplasme à marche envahissante. Il est en effet impossible de reconnaître ces cas limités au lit du malade, et c'est pour cette raison que certains chirurgiens soutiennent l'amputation partielle et d'autres l'extirpation totale.

A quelle époque se fait l'invasion des lymphatiques ? Quels en sont les signes ? Incertitude profonde !

Pour l'appréciation de la *survie* il n'y a point de parité dans la discussion. Tout d'abord, l'hystérectomie totale ne se fait à Paris que depuis 1885. On ne peut donc compter que trois ans de survie à des opérées qui seraient peut-être encore vivantes dans bien des années. De plus l'opération de M. Verneuil, bénigne par elle-même, n'enlève jamais la malade, et dans les cas où elle a un effet à peine utile, il peut toujours ajouter quelques mois à sa statistique, tandis que dans celle des extirpations totales les mauvais résultats se marquent *zéro* et diminuent considérablement le tant pour cent. Gardons-nous donc de nous laisser influencer par la magie du mot *survie*. N'y a-t-il pas eu une époque où on invoquait les mêmes arguments contre les kystes de l'ovaire. Il faut attendre les arguments qui deviendront de plus en plus solides et indiscutables.

Hydrocèle vaginale, hernie épiploïque, tubercules localisés de l'épiploon. — M. *Lucas Championnière* lit un rapport sur une observation du Dr Largeau, de Niort: Il s'agit d'un enfant porteur d'une hydrocèle vaginale et d'une tumeur épiploïque.

Ascendants tuberculeux. La cure radicale est décidée et M. Largeau tombe sur un épliploon rosé rempli de tubercules miliaires. Il résèque cette tumeur, termine son opération et depuis deux ans l'enfant se porte très bien, ce qui prouve que la tuberculose était localisée à cette seule partie. C'est là, dit M. Championnière, le véritable point intéressant de l'observation, car il existe très peu de cas de ce genre. A peine en trouve-t-on de mentionnés par Spencer Well et par Cruveilhier.

M. *Chapu* lit une observation de rupture du colon transverse et de l'urèthre. Laparotomie et néphrectomie.

M. *Berger* présente une table destinée à supporter les instruments et à les maintenir dans une solution antiseptique. Ce n'est autre chose, dit M. Berger, que la table de M. Championnière transformée, de façon à permettre au moment de l'opération de remplacer facilement une solution d'acide phénique forte, par une solution faible qui ne cautérise pas les mains de l'opérateur. Eugène Rochard.

MEMENTO PRATIQUE

Nouveau traitement de la gale (Kaposi). — Frictions deux fois par jour avec cette pommade :

Naphtol.........	5	grammes.
Savon noir......	50	—
Craie pulvérisée..	10	—
Axonge.........	100	—

Non seulement les parasites sont tués du premier coup, mais en même temps les éruptions multiples, et en particulier l'eczéma scabigineux, qui compliquent habituellement la gale, sont guéris très rapidement, quelquefois le surlendemain. La pommade préconisée par Kaposi étant dépourvue de mauvaise odeur et n'altérant pas le linge, son emploi se recommande à la fois pour la pratique civile et la pratique hospitalière.

Pilules contre les hémorrhagies utérines (Gallard).

Ergot de seigle pulvérisé...	10	grammes.
Sous-carbonate de fer......	10	—
Sulfate de quinine.........	2	—
Extrait de digitale.........	1	—

F. S. A. 100 pilules.

A prendre deux avant chaque repas.

NOUVELLES

CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS. — A partir du 1er janvier 1889, la pharmacie de la Clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts, contre laquelle s'étaient élevées tant de réclamations de sources diverses, sera supprimée, du moins les médicaments prescrits continueront à être délivrés gratuitement aux indigents reconnus, mais il n'y aura plus aucun commerce de médicaments.

Cette mesure, qui sera certainement très bien accueillie, est due à l'intelligente initiative de M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur.

MÉDECINE GRATUITE. — *Organisation dans le département de la Vienne.* — Par une délibération du 8 octobre, le Conseil général de la Vienne vient d'organiser et de réglementer un service gratuit d'assistance médicale et pharmaceutique dans ce département. Dans la même séance, l'assemblée départementale a voté un crédit de 16,000 francs pour assurer le fonctionnement du nouveau service pendant l'année 1889.

Les communes qui voudront profiter de ce mode d'assistance devront s'imposer de 1 fr. 25 c. par tête d'indigent porté sur les listes qui seront dressées annuellement. Le département contribuera à la dépense pour une somme égale.

La liste des indigents sera établie, dans chaque commune, par une commission spéciale, au mois de mars, et soumise au Conseil municipal dans la session de mai.

Un arrêté préfectoral du 15 octobre a déclaré exécutoire la délibération du Conseil général.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours d'histologie.* — M. le professeur Mathias-Duval commencera ce cours le jeudi 8 novembre 1888, à 5 heures (grand amphithéâtre), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Objet du cours : les tissus conjonctifs, cartilagineux et osseux ; les éléments de la génération ; le système nerveux.

Cours de physique médicale. — M. le professeur Gariel commencera ce cours, le lundi 12 novembre 1888, à midi (petit amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Objets du cours : phénomènes généraux et applications biologiques de l'électricité et de l'optique.

Cours de pathologie interne. — M. le professeur Dieulafoy commencera ce cours le mardi 13 novembre 1888, à 3 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Conférences d'histoire naturelle médicale. — M. Raphaël Blanchard, agrégé, commencera ces conférences, le lundi 12 novembre 1888, à 2 heures (grand amphithéâtre) et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Conférences de pathologie générale. — M. Ballet agrégé, commencera ces conférences, le samedi 10 novembre 1888, à 4 heures (salle Laënnec), à la Faculté et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

HOPITAL NECKER. — *Cours de clinique médicale.* — M. le professeur Peter commencera son cours, le vendredi 9 novembre 1888, à 9 heures 1/2 et le continuera les mercredis et les vendredis suivants à la même heure.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — *Clinique médicale.* — M. le professeur Jaccoud reprendra son cours, le samedi 10 novembre 1388, à 9 heures 1/2 du matin, et le continuera les mardis suivants à la même heure.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. — M. le professeur Ball commencera le cours de clinique des maladies mentales, le dimanche 11 novembre 1888, à 10 heures du matin, à l'asile Sainte-Anne, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

COURS ET TRAVAUX PRATIQUES DE CHIMIE ET DE MICROGRAPHIE MÉDICALES. — M. Philippe Lafon, chimiste, ancien préparateur du laboratoire de toxicologie de M. le professeur Brouardel, ex-interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie de médecine, membre de la Société chimique de Paris, fera un cours pratique de chimie et de micrographie médicales, appliqué à la clinique, à l'hygiène et à la thérapeutique.

Il traitera particulièrement de l'examen chimique et microscopique des urines, des calculs, de la bile, du sang, des sérosités, du lait de femme, de l'eau potable, des matières alimentaires les plus usuelles, de la recherche des bacilles pathogènes.

Enfin, il exposera les caractères chimiques des produits médicamenteux les plus importants, et des substances éminemment toxiques au point de vue des applications médico-légales.

Les élèves sont exercés individuellement aux manipulations qui font l'objet de ce cours. Le matériel et les appareils du laboratoire sont mis à leur disposition.

On s'inscrit tous les jours, de 3 heures à 4 heures, au laboratoire, rue des Saints-Pères, 7.

LA SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS se réunira le jeudi 8 novembre, au lieu ordinaire de ses séances, rue Boissy-d'Anglas, 35, salle Prat, 10, cité du Retiro.

Ordre du jour : 1° M. BESANÇON. — Rapport sur une candidature de membre correspondant.

2° M. VILLANS. — Prolapsus de la muqueuse de l'urèthre par l'orifice du méat chez la femme.

Rapport sur une candidature de membre correspondant.

3° M. Paul BLOCQ. — Sur un cas de paralysie du nerf cubital.

4° Communications diverses.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 *octobre* 1888. — *Présidence de* M. POLAILLON.

DÉCORTICATION DU NEZ. — M. *Delens*, à propos du procès-verbal, cite un cas d'éléphantiasis du nez observé dans sa pratique. La tumeur était volumineuse et pédiculée.

M. *Terrillon* se souvient aussi d'une tumeur du nez grosse comme le poignet qui pendait au-devant de la lèvre supérieure et qui nécessita la décortication au thermo-cautère.

M. *Marc Sée* a opéré 4 ou 5 individus atteints de la même affection mais par un autre procédé, par la cautérisation ponctuée qui lui a donné de très bons résultats.

M. *Lucas Championnière* tient à rappeler que c'est à Ollier que sont dues toutes ces méthodes, le chirurgien de Lyon préconisant la décortication pour tout ce qui pouvait être enlevé et la cautérisation pour ce qui dépassait les limites.

M. *Kirmisson* répond que ni M. Le Dentu, ni lui n'ont eu l'intention d'enlever à M. Ollier ce qui lui appartenait. Quant à l'observation de M. Delens, elle a ceci de particulier que la tumeur était pédiculée. On trouve des cas analogues cités dans le mémoire de Civadier; mais ils doivent former une classe particulière.

M. *Le Dentu* ajoute qu'il a commencé par citer M. Ollier dans sa communication, bien qu'en réalité, ces faits ne lui appartiennent pas, puisqu'on a l'observation d'une opération de ce genre faite en 1732. Il a aussi enlevé, il y a plusieurs années, une tumeur pédiculée sur une négresse des Antilles.

NÉVRITES PÉRIPHÉRIQUES. — M. *Monod*, à propos de la malade présentée par M. Routier dans la dernière séance, rappelle un cas analogue étudié dans la thèse de M. Leloir. Les manifestations cutanées dont il s'agit, seraient d'origine nerveuse et dues probablement à des névrites périphériques.

M. *Routier* annonce que ces manifestations se sont généralisées chez sa malade et que des plaques cutanées se trouvent aujourd'hui sur presque toute la surface du corps.

TRAITEMENT DU CANCER UTÉRIN (Suite de la discussion). — M. *Terrier* a déjà donné ses résultats au dernier Congrès de chirurgie et dans des articles de mai et juin 1888 de la Revue de chirurgie. A cette époque, il annonçait 17 hystérectomies vaginales, pratiquées pour cancer, chiffre qui va jusqu'à 21 aujourd'hui. Sur ces 21 cas, il n'a eu que 4 morts, l'une par hémorrhagie, l'autre par choc et par hémorrhagie, la troisième par choc et la quatrième par péritonite,

ce qui donnerait une moyenne de 17,02 de mortalité — 12 de ces opérations ne s'attaquaient qu'à un cancer du col, 3 à l'envahissement du col et du corps de l'utérus, 1 à un cancer du corps et des ligaments larges, 2 à des tumeurs du col et du vagin et 1 à un cancer du col, des ligaments larges et du vagin.

M. Terrier fait remarquer que ces diagnostics précis n'ont été faits qu'après l'opération, qu'il est impossible de les faire avant, ce qui plaide en faveur de l'extirpation totale. Dans les cas où le corps, les ligaments larges étaient pris, l'intervention ne pouvait être que palliative ; il a eu des résultats médiocres ; mais ils eussent été les mêmes avec l'amputation partielle ; ce qu'il cherchait c'était l'arrêt de l'hémorrhagie et il l'a obtenu notamment sur une malade qui avait été auparavant dans un autre service où on n'avait pas voulu intervenir définitivement. On peut compter six mois et douze jours de survie moyenne pour ces cas compliqués.

Dans les douze opérations où le corps seul était pris, il faut compter deux morts et dix guérisons immédiates. De ces dix dernières malades, cinq sont aujourd'hui vivantes sans récidive, cinq sont mortes depuis l'opération. En résumé la moyenne générale donne douze mois et dix-huit jours de survie.

L'orateur reprend ensuite les résultats de M. Verneuil et se plaint de ne pas trouver des indications assez précises dans les dates de l'opération, de la mort et dans les recherches histologiques. Laissant de côté les autres faits, il ne veut prendre que ceux cités par le professeur de la Pitié depuis l'année 1880 et arrive à trouver qu'en trois ans, il a pour sa part de meilleurs résultats que M. Verneuil dans huit. Il termine en disant qu'on ne saurait trop apporter dans ces questions de rigueur dans les observations, seul moyen qui permette d'arriver à des conclusions scientifiques et pratiques.

M. *Kirmisson* pense que chacun doit apporter son bilan, bon ou mauvais et malgré le petit nombre de ses opérations et leur mauvais résultat, il n'hésite pas à les indiquer. Parfois il est intervenu par l'hystérectomie vaginale ; trois fois il a eu des résultats déplorables. La première de ses malades est morte d'hémorrhagie, la seconde de pelvipéritonite suppurée. La troisième, opérée en août 1886, guérit rapidement et resta sans récidive une année. Elle revint en septembre 1887 sans récidive vaginale mais avec une énorme masse dans la fosse iliaque et la mort ne se fit pas attendre.

M. *Trélat* ne peut admettre que l'opération parcimonieuse soit présentée comme supérieure à l'intervention large. Il y a là une contradiction entre ces doctrines et les faits. Il sait bien que M. Verneuil défend plutôt l'amputation partielle qu'il n'attaque l'extirpation totale ; mais il a fait un tableau trop noir de cette dernière et dans

35e Année. — Tome II. N° 131 Jeudi 8 Novembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 7 *novembre* 1888.

M. Dujardin-Beaumetz a présenté à l'Académie de la part de M. Mairet, de Montpellier, un travail sur l'action de la liqueur d'absinthe et de l'alcool absorbés par la voie gastrique. M. Mairet pense que les accidents observés tiennent moins à l'absinthe elle-même qu'à l'alcool que la liqueur d'absinthe contient.

M. Aug. Ollivier a raconté à nouveau les accidents observés à Hyères chez les personnes qui avaient bu des vins empoisonnés. Il est basé sur les travaux envoyés par trois médecins de cette ville, MM. Vidal, Marquez et Dubrandy, pour donner une bonne description clinique de cette épidémie et des accidents nerveux qui l'ont caractérisée.

Dans sa dernière séance, M. Jaccoud avait rapporté les expériences qu'il avait faites sur six animaux, chez lesquels l'acide fluorhydrique, à la dose employée, paraissait n'avoir aucune influence sur les bacilles tuberculeux. Interprétant d'une autre façon les expériences de M. Jaccoud lui-même et celles qui ont été faites à Paris par MM. Grancher et Chautard, à New-York par M. Trudeau, M. Hérard arrive au contraire à cette conclusion que l'acide fluorhydrique agit sur les bacilles tuberculeux et même qu'il les détruit lorsqu'il est suffisamment concentré.

La fin de cette séance a été occupée par le rapport de M. De Villiers sur les travaux envoyés pour les prix l'hygiène de l'enfance, et par le rapport de M. Albert Robin sur l'exercice des eaux minérales pendant l'année 1886. Nous publierons une partie de cet intéressant rapport.

A. Ch.

Note sur le tremblement mercuriel (1),

Par le Dr Maurice LETULLE,
Médecin de l'hôpital Tenon.

Je désire vous entretenir d'un malade de mon service atteint d'intoxication hydrargyrique professionnelle et de tremblement mercuriel.

L'observation clinique est, par elle-même, assez intéressante pour mériter quelque attention à cause des symptômes qu'elle m'a permis d'étudier avec soin.

Elle est en outre curieuse en raison du procédé de traitement assez nouveau que je viens d'employer; ce procédé, qui m'a permis d'obtenir en quatre jours la guérison d'un tremblement violent, vous paraîtra peut-être tout d'abord quelque peu paradoxal. J'espère cependant le justifier d'une manière absolue.

Le titre de l'observation, pour la rédaction de laquelle j'ai utilisé les détails recueillis par l'externe de mon service M. Bellot, suffirait déjà pour indiquer toutes les données du problème que j'aborde aujourd'hui. Ce cas unique, auquel je pourrais comparer nombre d'autres tirés des auteurs contemporains ou recueillis par moi-même, m'a semblé des plus démonstratifs.

Le voici :

Hydrargyrisme professionnel. Tremblement mercuriel guéri presque instantanément par l'application successive de la ligature élastique et de l'aimant sur les membres. Hystérie mercurielle.

Il s'agit d'un homme nommé Brand..., âgé de 39 ans, exerçant la profession de coupeur de poils de lapins, reçu le 6 septembre dernier salle Parrot, lit n° 10. Dès l'âge de 9 ans, cet homme entra dans un atelier de sécrétage de peaux de lapins, profession dans laquelle, comme on le sait, les ouvriers se trouvent exposés sans cesse aux émanations de nitrate acide de mercure. Pendant onze années consécutives il travailla sans éprouver d'autre accident mercuriel qu'une altération progressive des dents qui devenaient noires et cassantes. En 1870, il prit du service dans l'armée et resta soldat trois ans, au bout desquels il se remit à son ancienne profession.

En 1883, dix ans par conséquent après sa rentrée à l'atelier, il fut pris d'un premier accès de tremblement mercuriel pour le traitement duquel il resta six semaines à l'hôpital Saint-Antoine. Le malade fut soigné par les bains sulfureux et l'iodure de potassium. Au bout de

(1) *Communication à la Société clinique de Paris.*

NOUVELLES

Clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts. — A partir du 1er janvier 1889, la pharmacie de la Clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts, contre laquelle s'étaient élevées tant de réclamations de sources diverses, sera supprimée, du moins les médicaments prescrits continueront à être délivrés gratuitement aux indigents reconnus, mais il n'y aura plus aucun commerce de médicaments.

Cette mesure, qui sera certainement très bien accueillie, est due à l'intelligente initiative de M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur.

Médecine gratuite. — *Organisation dans le département de la Vienne.* — Par une délibération du 8 octobre, le Conseil général de la Vienne vient d'organiser et de réglementer un service gratuit d'assistance médicale et pharmaceutique dans ce département. Dans la même séance, l'assemblée départementale a voté un crédit de 16,000 francs pour assurer le fonctionnement du nouveau service pendant l'année 1889.

Les communes qui voudront profiter de ce mode d'assistance devront s'imposer de 1 fr. 25 c. par tête d'indigent porté sur les listes qui seront dressées annuellement. Le département contribuera à la dépense pour une somme égale.

La liste des indigents sera établie, dans chaque commune, par une commission spéciale, au mois de mars, et soumise au Conseil munici pal dans la session de mai.

Un arrêté préfectoral du 15 octobre a déclaré exécutoire la délibération du Conseil général.

Faculté de médecine de Paris. — *Cours d'histologie.* — M. le professeur Mathias-Duval commencera ce cours le jeudi 8 novembre 1888, à 5 heures (grand amphithéâtre), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Objet du cours : les tissus conjonctifs, cartilagineux et osseux ; les éléments de la génération ; le système nerveux.

Cours de physique médicale. — M. le professeur Gariel commencera ce cours, le lundi 12 novembre 1888, à midi (petit amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Objets du cours : phénomènes généraux et applications biologiques de l'électricité et de l'optique.

Cours de pathologie interne. — M. le professeur Dieulafoy commencera ce cours le mardi 13 novembre 1888, à 3 heures (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Conférences d'histoire naturelle médicale. — M. Raphaël Blanchard, agrégé, commencera ces conférences, le lundi 12 novembre 1888, à 2 heures (grand amphithéâtre) et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Conférences de pathologie générale. — M. Ballet agrégé, commencera ces conférences, le samedi 10 novembre 1888, à 4 heures (salle Laënnec), à la Faculté et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

faire trembler le lit. Il était matériellement impossible au malade de se tenir debout et même d'essayer de se lever, car les membres inférieurs étaient pris de secousses spasmodiques rappelant exactement la trépidation épileptoïde (phénomène du pied) si caractéristique dans les scléroses du faisceau pyramidal.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que le malade était incapable de manger ou de boire. Lorsqu'il voulait porter un verre à sa bouche, les oscillations musculaires produites par les contractions successives des muscles antagonistes projetaient dans tous les sens la main chargée du verre.

Il est inutile d'insister plus longuement sur la description de ce tremblement mercuriel, il me suffira de dire que les contractions musculaires étaient largement étendues, assez rapides, arhythmiques, et que s'il avait fallu les comparer à quelque type connu, c'est à certains mouvements choréiformes qu'elles auraient le mieux répondu.

Je n'ajouterai que deux points particuliers qui ont, dans ce cas, une grande importance à mes yeux : premièrement, le tremblement, quoique généralisé aux quatre membres, affectait cependant une prédominance très marquée pour le côté gauche du corps ; secondement, ces contractions désordonnées s'accompagnaient évidemment d'un certain degré de *contracture* circonscrite et transitoire, et dont voici, parmi bien d'autres, deux preuves indiscutables : le malade voulait-il porter un verre à sa bouche, les doigts se fermaient énergiquement sur l'objet en question et restaient ainsi contracturés pendant que la totalité du membre supérieur était agitée de mouvements spasmodiques et désordonnés. En outre, alors même que tout effort ayant cessé, le malade laissait retomber son bras sur le plan du lit, il lui était encore impossible, durant quelques secondes, de lâcher le verre retenu énergiquement dans sa main fermée. Essayait-il de se lever ? Aussitôt les deux membres inférieurs étaient pris de secousses oscillatoires circonscrites aux muscles extenseurs et fléchisseurs de la cuisse, tandis que les jambes se mettaient en extension forcée et que les pieds se fléchissaient avec violence dans l'axe de la jambe.

Cet état de contracture temporaire survenant à l'occasion d'un mouvement voulu, présente un véritable intérêt. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

Nous avions donc bien indiscutablement affaire à un tremblement mercuriel ; j'ajouterai quelques renseignements complémentaires qui montreront qu'il s'agissait d'un vieil hydrargyrique fort intéressant dont le système nerveux était profondément troublé. Ces renseignements auront en outre l'avantage de justifier et le diagnostic d'hy-

d'hystérie la signification la plus large qui correspond, en pathologie générale, à une maladie neuropathique indemne de toute lésion matérielle; car tout symptôme hystérique *peut* et *doit* même disparaître quelque jour, instantanément, soit d'une manière spontanée, soit à l'aide d'un moyen curatif quelconque, sans laisser la moindre trace.

J'ai démontré l'année dernière que dans l'intoxication chronique par le mercure (hydrargyrisme professionnel) un nombre considérable de symptômes existent qui ressortissent à la seule névrose protéiforme, à l'hystérie. Ce qui est vrai pour l'hémianesthésie, pour les anesthésies et les dysesthésies, pour certaines paralysies mercurielles, pour l'aphonie mercurielle de Küssnaul, pour les contractures et pour l'apoplexie mercurielles, je le crois vrai également pour certains tremblements, sinon pour la totalité des tremblements mercuriels. Or, à ce point de vue spécial, il faut bien distinguer les phénomènes convulsifs si graves, décrits sous le nom de *calambres* dans les mines de mercure, et les différencier du tremblement mercuriel proprement dit : les calambres sont des convulsions cloniques suraiguës causées par une intoxication rapide due aux vapeurs mercurielles. Comme j'ai pu m'en rendre compte lors d'un voyage fait aux mines d'Almaden, les *calambristes* sont des malheureux mineurs rapidement empoisonnés par un travail trop prolongé dans les galeries imprégnées de vapeurs hydrargyriques. Les autres professions qui emploient le mercure sont à peu près à l'abri de ces accidents redoutables. Quelque intense que soit le tremblement mercuriel, il ne met pour ainsi dire jamais la vie du malade en danger, et c'est tout au plus s'il le menace d'une infirmité réputée trop souvent incurable.

Pour en revenir à notre malade, comme il s'agissait, selon moi, de démontrer la nature hystérique de son tremblement mercuriel, le point capital était de donner la preuve à la fois expérimentale et clinique de ce que j'avançais.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

DE L'EMPLOI DE LA LEVURE COMME MÉDICAMENT. — Dr Heer (*Deutsche med. Zeit.*, 27 sept. 1888). — L'idée d'employer la levure en thérapeutique n'est pas nouvelle et a été reprise par l'auteur avec cette

curielles une altération remarquable des dents survenant chez les ouvriers sécréteurs et coupeurs de peaux de lapins. Les dents deviennent noires, leur surface prend un aspect rugueux et est sillonnée de dépressions longitudinales ou transversales (rivulations, dépressions cupuliformes). Ces altérations paraissent incurables.

différence qu'il se sert de doses considérables. La levure a d'abord été employée chez les prisonniers et chez les ouvriers pour combattre le scorbut. Tandis que sur 800 prisonniers atteints de scorbut et soignés de cette manière, deux seulement succombaient à la maladie, la mortalité était beaucoup plus grande chez ceux qui n'étaient pas soumis à ce traitement. La bonne levure a un goût de bière et de houblon, elle augmente l'appétit et ne produit pas de troubles digestifs même à hautes doses. L'auteur lui attribue une action sur la fièvre et la marche de la maladie, car il a vu la température s'abaisser de 41° à 38° en douze heures, sans qu'il y eût des accès de retour dans la suite.

Sans vouloir trop préciser, l'auteur indique comme doses 1 à 3 grammes chez les enfants au-dessous de 3 ans, 6 à 8 grammes pour les enfants plus âgés, 10 à 15 grammes pour les adultes, à prendre toutes les deux heures. Il l'a expérimentée dans le scorbut avec les meilleurs résultats. Dans le purpura, la levure, d'après l'auteur, arrêterait immédiatement les hémorrhagies, et la convalescence serait beaucoup plus courte. Dans le choléra, l'auteur l'a employée dès 1866 avec des résultats tout à fait favorables.

Dans la dysenterie, la levure serait supérieure à tous les moyens connus. Dans une petite épidémie qui atteignit douze personnes et qui en avait déjà fait périr deux, la maladie fut enrayée aussitôt après l'emploi du médicament malgré la gravité des symptômes. Il en est de même de la diarrhée chez les jeunes enfants, et l'auteur a vu des nourrissons guéris rapidement après avoir pris quatre pincées de levure en vingt-quatre heures.

Dans la tuberculose, on ne peut compter sur la réparation des lésions; néanmoins, on peut retirer certains avantages de l'emploi du médicament, c'est d'abord la fièvre qui tombe, puis une sensation de bien-être qui suit l'accroissement des forces; la difficulté est de pouvoir soumettre les malades à un traitement rigoureux.

D'après le Dr Heer, l'action de la levure serait surprenante dans la la diphthérie. L'abaissement de la température serait immédiat et considérable, tandis que tous les symptômes subjectifs douloureux ou pénibles disparaissent rapidement, en sorte que la levure serait supérieure à tous les autres médicaments opposés à la diphthérie.

L'auteur propose l'emploi de la levure toutes les fois qu'il s'agit d'une invasion microbienne ou d'une maladie ayant cette origine probable, comme dans la malaria, le scorbut; elle pourrait être expérimentée sans préjudice pour le malade dans la syphilis; enfin, quelques cas permettent même de croire qu'elle peut être utilisée avec avantage dans les affections cancéreuses.

C'est le résultat d'observations faites depuis de longues années que

l'auteur s'est décidé à faire connaître, pensant que la levure occupera un des premiers rangs dans la thérapeutique; car, sans se préoccuper du mode d'action de cette substance, il assure qu'elle remplit les conditions d'un bon médicament : d'agir *cito*, *tuto* et *jucunde*.

L. JUMON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 novembre 1888. — *Présidence de* M. HÉRARD.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre de M. le ministre de l'intérieur contenant ampliation d'un décret qui autorise l'Académie à accepter le legs d'une somme de 7 contos de reis qui lui a été fait par M. Pedro Francis Alvarenga (de Lisbonne), pour fonder un prix dit Prix Alvarenga; 2° une lettre de M. Monod, directeur de l'Assistance publique, annonçant que M. le ministre de l'intérieur vient d'accorder à l'Académie une somme de 8000 francs pour la propagation de la vaccine animale.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente de la part de M. Mairet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, une note manuscrite dans laquelle ce médecin expose les expériences qu'il a faites sur les chiens. Il a fait ingérer chaque jour à des chiens 10 grammes de liqueur d'absinthe par kilogramme du poids de l'animal. L'absinthe ingérée par l'estomac n'a produit d'attaque d'épilepsie qu'à haute dose et après un usage prolongé. M. Mairet pense que ce n'est pas à l'absinthe mais bien à l'alcool que ces effets doivent être attribués.

L'ÉPIDÉMIE D'HYÈRES. — M. *Aug. Ollivier* fait un rapport sur les communications faites à l'Académie par MM. Vidal, Marquez et Dubrandy, relativement à l'affaire des vins empoisonnés d'Hyères. Ces travaux sont très consciencieux et irréprochables au point de vue clinique.

Les principaux symptômes qui ont attiré l'attention sont : 1° des troubles digestifs; 2° des phénomènes cutanés; 3° des phénomènes nerveux assez prononcés pour faire songer à une affection médullaire. Ces derniers ont été les plus importants, ils avaient d'abord porté M. Vidal à penser à l'acrodynie.

PATHOLOGIE CÉRÉBRALE. —M. *Sampietro*, professeur à l'Université de Naples, lit un mémoire renvoyé à une commission composée de MM. Duplay, Mesnet, Ball.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT. — M. *Damaschino* présente, de la part de M. Azoulay, interne de son service, un campimètre de poche.

MOUCHES TSÉ-TSÉ. — M. *Laboulbène*, dans l'une des précédentes

séances, a indiqué certaines particularités intéressantes de la mouche tsé-tsé, en signalant la rareté de cet insecte. Depuis cette époque, un missionnaire lui a envoyé de nombreux spécimens. Ces mouches, quelques jours avant le passage du missionnaire, avaient suffi pour mettre une armée en déroute. Ces spécimens sont arrivés très vite en France ; ils seraient donc dans de très bonnes conditions pour faire des expériences.

DE L'ACTION DE L'ACIDE FLUORHYDRIQUE SUR LE BACILLE TUBERCULEUX. — M. *Hérard*. Dans la dernière séance, M. Jaccoud a rapporté les cinq séries d'expériences qu'il avait faites pour étudier l'action de l'acide fluorhydrique sur les bacilles tuberculeux. Les expériences de M. Jaccoud étaient toutes négatives, sauf une qu'il a passée sous silence.

Dans une de ces expériences, le bacille tuberculeux avait été détruit par l'acide fluorhydrique pur. M. Jaccoud supposait sans doute que l'acide fluorhydrique employé dans cette expérience était trop concentré pour pouvoir être employé dans la pratique médicale. Or on peut respirer pendant plus d'une heure de l'air chargé d'acide fluorhydrique pur, à la dose minima d'un litre par minute sans en éprouver aucun autre inconvénient qu'un léger picotement des yeux. Le travail de M. Jaccoud a donc montré au contraire l'action de l'acide fluorhydrique sur le bacille tuberculeux.

Un médecin de New-York, le Dr Trudeau, d'origine française, a fait des expériences très nombreuses et très concluantes sur l'action de l'acide fluorhydrique sur le bacille tuberculeux.

MM. Grancher et Chautard sont arrivés à cette conclusion que l'action de l'acide fluorhydrique sur les bacilles provenant de la tuberculose expérimentale est nulle, mais par suite du mode expérimental, la tuberculose s'était généralisée partout; or, les inhalations d'acide fluorhydrique ne peuvent agir que sur les tubercules situés dans le poumon.

Dans la phthisie, il n'y a pas seulement des bacilles, il y a des ulcérations, des fistules pulmonaires dans lesquelles pénètrent les microbes de l'air et les microbes de la suppuration. En outre, nous ne savons pas si ce n'est pas en agissant sur les ulcérations et sur la suppuration que l'acide fluorhydrique est utile dans la phthisie. L'augmentation du poids du corps vient à l'appui de cette idée.

Les expériences rapportées par M. Hérard montrent que les vapeurs d'acide fluorhydrique peuvent être impunément respirées, qu'elles agissent sur le bacille tuberculeux et même qu'elles le détruisent complètement quand il est suffisamment concentré.

M. *Jaccoud* s'est borné à formuler les conclusions qu'il pouvait tirer des six animaux sur lesquels il avait expérimenté. Il n'a pas

été aussi catégorique que le croit M. Hérard. MM. Grancher et Chautard ont opéré avec des cultures et non avec des crachats comme l'avait fait M. Jaccoud, et ils ont fait des expériences sur une bien plus vaste échelle. Or, les faits de MM. Grancher et Chautard se rapprochent absolument de ceux de M. Jaccoud.

M. *Hérard.* Du moment que M. Jaccoud devait apporter à l'Académie des conclusions, il devait les faire reposer sur un bien plus grand nombre de faits. En allant plus loin dans ces expériences, en concentrant davantage son acide fluorhydrique, il serait probablement arrivé aux mêmes conclusions que M. Trideau et M. Hérard.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — M. *De Villiers* fait un rapport sur les travaux relatifs à l'hygiène de l'enfance envoyés à l'Académie en dehors des questions proposées pour les prix.

Eaux minérales. — M. *Alb. Robin* lit le rapport officiel sur l'exercice des eaux minérales pendant l'année 1886.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions des deux rapports précédents, puis la lecture des rapports de M. François Franck, sur le prix Barbier et de M. Cusco, sur le prix Monbinne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 12 au 17 novembre 1888.

Lundi 12. — Médecine opératoire : MM. Trélat, Reclus, Reynier. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Straus, Déjerine. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Damaschino, A. Robin, Chauffard. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Guyon, Budin, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Bouilly, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes.

Mardi 13. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ball, Mathias-Duval, Quénu. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Panas, Peyrot, Maygrier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Tarnier, Berger, Brun. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Peter, Cornil, Troisier.

Mercredi 14. — Dissection : MM. Farabeuf, Kirmisson, Reynier. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Straus, Bouilly, Reclus. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Potain, Déjerine, Brissaud.

Jeudi 15. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Panas,

Tarnier, Peyrot. — 3e examen, doctorat (2e partie) (1re série) : MM. Cornil, Hanot, Quinquaud. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Dieulafoy, Lancereaux, Raymond.

Vendredi 16. — 1er examen, doctorat : MM. Regnauld, Baillon, Pouchet. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Trélat, Bouilly, Budin. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Guyon, Ribemont-Dessaignes, Segond. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Potain, Fournier, Déjerine.

Samedi 17. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Berger, Campenon. — 4e examen, doctorat : MM. Le Fort, Schwartz, Maygrier. — 5e examen, doctorat (2e partie, Hôtel-Dieu : MM. Peter, Lancereaux, Hanot.

Thèses pour le doctorat. — *Mercredi* 14, à 1 heure. — M. Soca : Étude clinique sur la maladie de Friedreich. *Président* : M. Charcot. — M. Mignon : De la fièvre dans la phtisie chronique et de son traitement par la créosote. *Président* : M. Damaschino.

Jeudi 15, à 1 heure. — M. Bussat : Traitement chirurgical de l'ongle incarné (Procédé Quénu). *Président* : M. Le Fort. - M. Duras : De l'imperforation de l'anus avec abouchement congénital du rectum dans le vagin. *Président* : M. Duplay. — M. Regnauld : Des altérations crâniennes dans le rachitisme. *Président* : M. Grancher. — M. Tabarand : Des rapports de la dégénérescence mentale et de l'hystérie. *Président* : M. G. Sée.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Cours d'anatomie pathologique.* — M. le professeur Cornil commencera le cours d'anatomie pathologique, le lundi 12 novembre 1888, à 5 heures de l'après-midi, à la Faculté (grand amphithéâtre), et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure (à la Faculté), les mercredis à l'Ecole pratique, à 1 heure 1/2 dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (15, rue de l'Ecole-de-Médecine, au 2e étage).

Clinique médicale de l'Hotel-Dieu. — M. le professeur G. Sée commencera le Cours de Clinique, le lundi 12 novembre 1888, à 9 heures et demie, et le continuera tous les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Les leçons du lundi seront consacrées à l'étude des maladies du cœur.

M. le professeur Cornil pratiquera les autopsies, tous les jours à dix heures (Amphithéâtre Bichat). Le jeudi, à la même heure, conférences pratiques.

Il commencera ses conférences le jeudi 15 novembre.

Hopital Beaujon.— M. Léon Labbé reprendra ses conférences cli-

niques, le mardi 6 novembre, à 9 heures 1/2 du matin et les continuera les mardis suivants.

CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS. — Les médecins de cet établissement commenceront le mardi 13 novembre une série de conférences qui auront lieu dans l'ordre suivant :

Le mardi, à 2 heures, — Dr Abadie : *Clinique et opérations.*

Le jeudi, à 3 heures. — Dr Valude : *Optique physiologique, théorie et pratique.*

Le vendredi, à 1 heure. — Dr Trousseau : *Thérapeutique usuelle. Opérations.*

Le samedi, à 2 heures. — Dr Chevallereau : *Ophthalmoscopie clinique, exercices ophthalmoscopiques.*

L'ECOLE DENTAIRE DE PARIS, dirigée par M. le Dr Th. DAVID, fera sa neuvième rentrée scolaire le samedi 10 novembre, à 9 heures du soir, dans son nouveau local, 4, rue Turgot, sous la présidence de M. OLLENDORF, directeur de l'enseignement technique, délégué de M. le Ministre du commerce. Tous les membres du corps médical peuvent assister à cette séance.

CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES. — Le Dr J. A. Fort, ex-interne des hôpitaux, ancien professeur d'anatomie à l'École pratique, commencera sa clinique des maladies des voies urinaires, le jeudi 15 novembre, à 9 heures, rue Dauphine n° 16. Des consultations gratuites seront données tous les mardis, jeudis et samedis de 9 heures à 11 heures à partir du 15 novembre.

VOIES URINAIRES. — Le Dr H. Picard commencera son cours sur les maladies de l'appareil urinaire, le mardi 13 novembre à 5 heures. Amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

LA SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS se réunira le jeudi 8 novembre, au lieu ordinaire de ses séances, rue Boissy-d'Anglas, 35, salle Prat, 10, cité du Retiro.

Ordre du jour : 1° M. BESANÇON. — Rapport sur une candidature de membre correspondant.

2° M. VILLARS. — Prolapsus de la muqueuse de l'urèthre par l'orifice du méat chez la femme.

Rapport sur une candidature de membre correspondant.

3° M. Paul BLOCQ. — Sur un cas de paralysie du nerf cubital.

4° Communications diverses.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.—A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 8.

térie mercurielle par moi porté, et le traitement institué dès l'arrivée du malade dans mon service hospitalier.

Si Brand... n'est pas un hystérique au sens rigoureux du mot, n'ayant jamais eu d'attaque hystérique proprement dite, n'ayant pas de point hystérogène et ne paraissant pas hypnotisable, c'est un homme nerveux, impressionnable, se mettant facilement en colère, et de plus c'est un buveur. Comme presque tous les ouvriers qui travaillent dans le mercure, il a un caractère facilement excitable, presque violent. Il raconte volontiers que lorsqu'une rixe survient parmi ses camarades, lui et tous les autres trembleurs sont pris de recrudescence de tremblement qui les empêche pendant plusieurs heures de se remettre à l'ouvrage. De même il lui est arrivé souvent, étant avec plusieurs camarades en train de boire un verre de vin, de ne plus pouvoir porter son verre à sa bouche lorsqu'il voyait entrer dans le cabaret un visage étranger; et souvent il arrivait alors que les autres trembleurs se voyant regardés par cet inconnu ne pouvaient plus, eux aussi, prendre leurs verres et qu'ils sortaient sans être arrivés à boire le vin versé pour eux.

Mon malade n'offre pas ce signe si fréquemment noté chez les hystériques : l'hémianesthésie; mais il a sur le dos de l'avant-bras et de la main du côté droit, une large surface cutanée au niveau de laquelle la sensibilité au contact, à la piqûre, à la chaleur et au froid, est considérablement affaiblie. Cette plaque d'anesthésie, dont le malade n'avait pas conscience avant son entrée dans mon service, existe très fréquemment chez les ouvriers qui travaillent dans le mercure. Pour ma part (1), sur 24 ouvriers hydrargyriques observés à ce point de vue, j'ai constaté 16 fois des troubles marqués de la sensibilité, soit qu'il s'agît d'hémianesthésie, soit que l'on n'eût affaire qu'à des zones d'anesthésie ou d'hypoesthésie plus ou moins étendues.

J'en dirai de même pour les troubles sensoriels, fréquents chez les hydrargyriques. Notre malade, depuis sa première attaque de tremblement, a remarqué un affaiblissement notable de la vue, surtout pour l'œil gauche qui présente un léger rétrécissement concentrique du champ visuel, sans qu'il y ait une dyschromatopsie notable.

Ceci étant établi, je dis que mon malade, hydrargyrique avéré comme en ferait foi, si besoin était, l'aspect caractéristique de ses dents (2), est atteint d'*hystérie mercurielle*. Je donne à ce terme

(1) Voy. M. Letulle. Recherches cliniques et expérimentales sur les paralysies mercurielles. Arch. de physiol. norm. et pathol. 1887, p. 309 et 389.

Voyez aussi : L'hystérie mercurielle (in Bulletins de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 12 août 1887.

(2) J'ai décrit (in *Paralysies mercurielles*, loc. cit.) sous le nom de *dents mer-*

différence qu'il se sert de doses considérables. La levure a d'abord été employée chez les prisonniers et chez les ouvriers pour combattre le scorbut. Tandis que sur 800 prisonniers atteints de scorbut et soignés de cette manière, deux seulement succombaient à la maladie, la mortalité était beaucoup plus grande chez ceux qui n'étaient pas soumis à ce traitement. La bonne levure a un goût de bière et de houblon, elle augmente l'appétit et ne produit pas de troubles digestifs même à hautes doses. L'auteur lui attribue une action sur la fièvre et la marche de la maladie, car il a vu la température s'abaisser de 41° à 38° en douze heures, sans qu'il y eût des accès de retour dans la suite.

Sans vouloir trop préciser, l'auteur indique comme doses 1 à 3 grammes chez les enfants au-dessous de 3 ans, 6 à 8 grammes pour les enfants plus âgés, 10 à 15 grammes pour les adultes, à prendre toutes les deux heures. Il l'a expérimentée dans le scorbut avec les meilleurs résultats. Dans le purpura, la levure, d'après l'auteur, arrêterait immédiatement les hémorrhagies, et la convalescence serait beaucoup plus courte. Dans le choléra, l'auteur l'a employée dès 1866 avec des résultats tout à fait favorables.

Dans la dysenterie, la levure serait supérieure à tous les moyens connus. Dans une petite épidémie qui atteignit douze personnes et qui en avait déjà fait périr deux, la maladie fut enrayée aussitôt après l'emploi du médicament malgré la gravité des symptômes. Il en est de même de la diarrhée chez les jeunes enfants, et l'auteur a vu des nourrissons guéris rapidement après avoir pris quatre pincées de levure en vingt-quatre heures.

Dans la tuberculose, on ne peut compter sur la réparation des lésions; néanmoins, on peut retirer certains avantages de l'emploi du médicament, c'est d'abord la fièvre qui tombe, puis une sensation de bien-être qui suit l'accroissement des forces; la difficulté est de pouvoir soumettre les malades à un traitement rigoureux.

D'après le Dr Heer, l'action de la levure serait surprenante dans la la diphthérie. L'abaissement de la température serait immédiat et considérable, tandis que tous les symptômes subjectifs douloureux ou pénibles disparaissent rapidement, en sorte que la levure serait supérieure à tous les autres médicaments opposés à la diphthérie.

L'auteur propose l'emploi de la levure toutes les fois qu'il s'agit d'une invasion microbienne ou d'une maladie ayant cette origine probable, comme dans la malaria, le scorbut; elle pourrait être expérimentée sans préjudice pour le malade dans la syphilis; enfin, quelques cas permettent même de croire qu'elle peut être utilisée avec avantage dans les affections cancéreuses.

C'est le résultat d'observations faites depuis de longues années que

35e Année. — Tome II. N° 132 Samedi 10 Novembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Note sur le tremblement mercuriel,

Par le Dr Maurice Letulle,
Médecin de l'hôpital Tenon.

(*Suite et fin*) (1).

Voici donc le procédé que je mis en usage pour cette démonstration : le 10 septembre pendant la visite, je fais saisir le membre supérieur gauche (membre qui tremble le plus fortement) et j'applique rapidement sur toute la hauteur de ce membre et en commençant par l'extrémité des doigts bien serrés, une bande de caoutchouc avec laquelle j'exerce ainsi sur les masses musculaires une constriction modérée; j'annonce en même temps au malade que les tremblements vont cesser dans ce membre. En effet, au bout de deux à trois minutes, *toute oscillation* cesse dans le membre supérieur gauche étendu horizontalement. La bande défaite, le malade est fort surpris de voir que son bras ne tremble plus. Quelques minutes plus tard, de légers frémissements se reproduisant dans quelques faisceaux musculaires, en particulier dans le biceps et dans les extenseurs des doigts, je promets au malade que le lendemain tout sera arrêté grâce à l'aimant.

Le lendemain, comme les contractions fibrillaires n'avaient pas disparu dans les masses musculaires sus-nommées, j'appliquai contre l'avant-bras gauche un fort aimant que je laissai en contact une demi-heure avec la peau. Au bout de quelques minutes, le malade se plaint d'éprouver une sensation d'engourdissement dans l'avant-bras, puis bientôt des fourmillements dans le bout des doigts. La séance terminée, on explore l'état de la motricité et de la sensibilité cutanée des membres : *tout tremblement a totalement cessé dans les membres supérieurs*. De plus, la plaque d'anesthésie qui existait sur l'avant-bras et la main du côté droit a complètement disparu. Mais un certain phénomène qu'on peut, je pense, considérer comme un

(1) Voir *France médicale* n. 131.

transfert, s'est produit : la vue de l'œil gauche s'est considérablement affaiblie et le malade distingue à peine les couleurs les plus vives. Il aperçoit en outre des étincelles brillantes qui passent devant son œil gauche.

Comme le tremblement persistait encore dans les membres inférieurs, nous résolûmes de compléter la guérison par le même procédé aussi simple qu'expéditif.

Le 12 septembre, nous pratiquons sur le membre inférieur gauche, à l'aide de la bande élastique, la même ligature que celle faite sur le membre supérieur. Au bout de trois minutes, la constriction étant maintenue au haut de la cuisse, on constate que la jambe, élevée au-dessus du lit, ne tremble presque plus ; tandis qu'au niveau de la cuisse surviennent, de six en six secondes, des secousses musculaires violentes circonscrites au triceps fémoral et aux adducteurs de la cuisse. Bientôt tout se calme et nous remettons au lendemain la guérison définitive.

Le 13, en effet, nous trouvons le malade incomplètement guéri en ce sens que les muscles des deux membres inférieurs tressaillent encore par instants, même à l'état de repos. Toutefois le malade peut se lever et nous voulons, avant la cure terminale, tenter l'expérience d'une promenade debout. Le malade ne peut s'avancer qu'avec un bâton dans la main gauche et la main droite accrochée aux barreaux des lits voisins. La démarche incertaine est saccadée, oscillante ; les mouvements des membres inférieurs nécessaires à la progression se font cependant ; mais les jambes raidies s'avancent à demi-fléchies, et l'on peut constater sans peine que la totalité des muscles des membres inférieurs est violemment contracturée, d'où une gêne extrême dans la progression du corps. Cette contracture des deux membres inférieurs, bien plus que le tremblement généralisé à la totalité du tronc et des membres, est la seule raison qui oppose un obstacle sérieux à la marche. C'est ainsi que lorsque le malade veut retourner sur ses pas, il est obligé après avoir fait un demi-tour sur lui-même, de s'arrêter un certain temps le corps penché en avant, immobile, contracturé, les genoux à demi-fléchis, avant de pouvoir reprendre sa progression.

On demande au malade de s'accroupir. Il annonce qu'il va tomber à terre. En effet, à peine a-t-il commencé à fléchir ses cuisses, et bien qu'il se retienne solidement aux barreaux de son lit, on le voit s'affaisser violemment en contractant de toutes ses forces la totalité des muscles fléchisseurs des jambes, des cuisses et du bassin.

Ces différents exercices ont augmenté singulièrement le tremblement. Aussi quand le malade est parvenu à se coucher horizontalement sur le lit, il est agité de secousses rhythmiques très rapides,

généralisées aux quatre membres et rappelant le tremblement qui accompagne un violent frisson. Un grand verre de vin rapidement dégluti le calme quelque peu et nous appliquons sans tarder, le long de la cuisse gauche, l'aimant qui a déjà fait tant de merveilles : *en moins de cinq minutes le tremblement a totalement cessé.*

Afin d'assurer au malade les bienfaits de cette cure presque miraculeuse, nous lui permettons de mettre, tous les deux jours seulement, et pendant un quart d'heure, l'aimant en contact avec un de ses membres. Les jours intermédiaires, il prend un bain sulfureux, tous les ouvriers de sa partie ayant une foi aveugle dans cette médication. Le malade revient d'ailleurs du premier bain les mains couvertes de sulfure de mercure.

Depuis lors, la guérison ne s'est pas démentie, pour ce qui est du moins du tremblement mercuriel. Car le 3 octobre, une douleur névralgique, sans points bien déterminés, se montra au niveau de la face et du cuir chevelu du côté gauche. En même temps que cette *hémicrânie*, une *tympanite* considérable apparaissait, sans constipation, et sans autre douleur qu'un point névralgique éveillé par la pression au niveau de la fosse iliaque gauche (ovarie ?)

Ces petits accidents névropathiques n'empêchèrent pas les forces de revenir, et le dynamomètre montrait bientôt que les muscles des avant-bras récupéraient une grande énergie.

Actuellement (23 octobre) Brand... est dans un état de santé excellent. Il ne tremble plus, sa sensibilité est intacte, la vision de l'œil gauche n'est pas encore redevenue parfaite, mais elle s'est fort améliorée. Les réflexes tendineux sont bien marqués, surtout à droite, le réflexe plantaire est même exagéré ; les réflexes cutanés (crémastérien et abdominal) sont peu marqués. D'ailleurs le malade est monorchide (il n'a pas de testicule gauche), et la tympanite abdominale qui persiste est assez considérable pour affaiblir les contractions réflexes des grands droits de l'abdomen.

Notre hydrargyrique ne conserve plus de son intoxication chronique qu'une série d'altérations dentaires indélébiles, et l'on peut affirmer que son tremblement mercuriel a guéri mieux et plus vite, grâce à l'aimant et aux bandes de caoutchouc, que n'auraient pu l'obtenir toutes les médications employées jusqu'à ce jour.

Deux mots, en terminant, au sujet de la doctrine nosologique qui m'a conduit dans cette voie thérapeutique nouvelle.

Guidé par les belles recherches des Professeurs Charcot et Potain sur l'hémianesthésie saturnine, j'ai cherché à appliquer à l'hydrargyrisme chronique les mêmes lois que celles qui ont définitivement dégagé du saturnisme une foule de manifestations appartenant à

l'hystérie. Après avoir instruit le procès de l'hémianesthésie, des paralysies mercurielles et des phénomènes névropathiques concomitants, je crois pouvoir fournir, pour certains tremblements mercuriels, du moins, la même explication que celle proposée par moi pour l'hystérie mercurielle. Je résume ici ces considérations basées sur l'étude critique d'un grand nombre d'observations, me réservant de les développer ultérieurement.

Par son début qui peut être soudain, par son rythme atypique, incoordonné, variant quelquefois sur le même malade, par une foule de phénomènes nerveux hystériques qui l'encadrent et en forment les fréquents satellites, le tremblement mercuriel est le plus protéiforme de tous les troubles nerveux observés dans le cours de l'hydrargyrisme chronique.

Des observations précises démontrent, entre autres choses, que le tremblement mercuriel peut disparaître aussi rapidement qu'il a paru; il peut, localisé à un seul côté du corps, par exemple, passer rapidement et d'une manière spontanée, par transfert (1) au côté opposé. L'observation que je viens de rapporter ici même prouve, en outre, d'une manière indiscutable, que l'aimant, cet agent esthésiogène par excellence, peut aussi faire disparaître simultanément l'*anesthésie* et le *tremblement mercuriels*.

Il est donc permis d'annoncer que, pour un grand nombre, je n'ose pas dire pour la totalité des cas, les tremblements mercuriels appartiennent à la grande névrose.

Il resterait à établir le rôle pathogénique dévolu au poison mercuriel dans les troubles fonctionnels que subissent les centres nerveux atteints d'hydrargyrisme chronique. Le mercure, je crois pouvoir le démontrer, ne détermine aucune lésion matérielle bien grave dans l'encéphale non plus que dans la moelle épinière; mais il paraît exalter d'une façon singulière l'activité des centres nerveux et bouleverser profondément l'harmonie qui règle leurs synergies fonctionnelles.

Cette notion pathogénique, sur laquelle j'aurai lieu de revenir, me semble éclairer vivement le problème encore obscur de la physiologie pathologique des tremblements toxiques.

Rétrécissement de l'urèthre, uréthrotomie interne, guérison; calcul phosphatique, taille hypogastrique, mort.

Par le Dr Henri Picard.

Un comptable de 68 ans, très bien constitué, m'est adressé par M. le Dr Dubousquet-Laborderie, médecin à Saint-Ouen.

(1) Voy. l'obs. I de mon Mémoire sur l'hystérie mercurielle.

PASTILLES GÉRAUDEL

(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)

Agissant par Inhalation et par Absorption

Contre RHUME
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.

Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires.

Les **Pastilles Géraudel** *ne contiennent aucun narcotique. Elles se dissolvent entièrement sous l'influence de la chaleur buccale. Les vieillards et les enfants peuvent impunément en user et abuser sans aucun inconvénient. C'est une supériorité qu'elles ont sur les capsules, bonbons, etc., etc., etc., dont l'enveloppe gélatineuse indigeste, en plus des substances narcotiques, morphine, sels d'opium, codéine, etc., qui peuvent leur être adjoints, déterminent des symptômes d'empoisonnements selon la quantité absorbée.*

Après avoir étudié et analysé les diverses préparations de goudron et leur mode d'administration, il a été reconnu que la plupart présentent de grandes difficultés pratiques et surtout qu'elles ne répondent point, par leur mode d'ingestion, au but désiré, c'est-à-dire *l'emploi du goudron par inhalation sous forme de vapeurs.*

Après avoir isolé successivement les principaux éléments constitutifs du goudron et expérimenté l'action physiologique et thérapeutique de chacun de ces éléments, M. Géraudel ne tarda pas à reconnaître que parmi les multiples produits pyrogénés, qui prennent naissance dans le mode même de préparation du goudron, plusieurs d'entre eux sont d'une âcreté excessive, irritent et enflamment les muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact, et par cela même détruisent l'action de ce précieux médicament. Par des procédés spéciaux de sélection, il parvint à débarrasser le goudron de ces principes nuisibles. Ce premier résultat acquis, M. Géraudel s'inspirant des travaux de Gubler, Sales-Girons, Chevandier, etc., rechercha les moyens les plus simples de faire pénétrer dans les voies respiratoires le goudron qu'il avait ainsi obtenu. Il rechercha ensuite son degré de volatilité, puis la préparation qui favoriserait le mieux cette vaporisation.

Ces études lui démontrèrent que la bouche constitue l'appareil inhalateur le plus simple et le plus parfait.

Les nombreuses manipulations auxquelles il avait dû se livrer lui permirent de formuler la préparation dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins et chimistes qui l'ont expérimentée.

En résumé, M. Géraudel est arrivé à donner au goudron son maximum de possibilité thérapeutique et à trouver l'inhalateur le plus commode et le plus parfait.

PASTILLES GÉRAUDEL — MARQUE DÉPOSÉE

Pendant la succion des Pastilles Géraudel, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé. *Très utiles aux fumeurs, aux personnes qui fatiguent de la voix et à celles qui sont exposées, dans leurs travaux, à respirer des poussières ou des vapeurs irritantes.*

Les **Pastilles Géraudel** sont les seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par le Gouvernement impérial, sur l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

L'ÉTUI : **1 f 50** DANS TOUTES PHARMACIES

Envoi franco contre mandat-poste adressé à l'inventeur

A. GÉRAUDEL

Pharmacien à *Ste-Ménehould* (Marne)

(Exiger la Marque de Fabrique ci-dessus)

Envoi gratuit sur demande Boîtes d'Échantillons à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter.

Presque aussitôt réveillé, le malade est pris d'un hoquet peu intense, mais qui persiste malgré le castoréum et le chloral administrés soit par la bouche, soit en lavement. Ce hoquet, malgré sa persistance, ne m'inquiète pas outre mesure, car je l'ai observé dans plusieurs autres cas et je l'attribue au ballonnement rectal. D'un autre côté, tout va bien du côté de la plaie. Les tubes en sont enlevés le cinquième jour; les sutures le septième, elles ont parfaitement tenu, la réunion est complète ; il ne reste plus que l'ouverture par où passaient les tubes. La sonde uréthrale de gomme élastique qui les a remplacés, fonctionne, du reste, très bien, sans laisser passer d'urine par l'ouverture hypogastrique.

Malheureusement le hoquet, terminé le troisième jour, a été remplacé par une légère hésitation de la parole qui persiste jusqu'au septième. A partir de ce moment, le malade est pris de véritables accès de délire pendant lesquels il se débat, se lève et donne à ceux qui le gardent toutes les peines du monde à le maintenir dans son lit. Cependant le pouls est parfaitement calme et régulier, mais la température se maintient toujours basse, un peu au-dessus de 37°, quoique l'urine coule abondante et régulièrement, et que la plaie de belle apparence se rétrécisse manifestement et très vite. Cet état se prolonge jusqu'au douzième jour avec des alternatives de calme et d'agitation et le malade succombe dans le coma, malgré le chloral, le bromure, la glace sur la tête, les lavements purgatifs, les sangsues.

En somme, homme d'une constitution très forte, mais déjà âgé et profondément miné par une affection des reins ancienne sur lequel deux opérations sont pratiquées à un intervalle de quinze jours. La première, l'uréthrotomie interne, le laisse indifférent, ce qui en prouve l'innocuité ; l'autre, la taille hypogastrique, dont les manœuvres l'atteignent bien plus gravement, il est vrai, suffit pour le renverser.

En présence d'un pareil résultat, on doit se demander si la lithotritie n'eût pas été préférable. Pour moi, l'affirmative n'est pas douteuse. En débarrassant, avec cette dernière, le malade d'un seul coup, on lui eût probablement permis de vivre encore quelque temps. C'est, qu'en effet, entre la taille et la lithotritie en une seule séance, il y a toute la différence d'une plaie profonde, intéressant un viscère important, la vessie, et de toutes ses conséquences, à un trauma passager d'une durée relativement très courte.

Malheureusement ici si le calcul eût été facile et prompt à briser, le canal n'était perméable ni aux lithotriteurs, ni aux évacuateurs. Peut-être eût-on pu avec le temps élargir le canal ; mais c'était, dans le cas présent, une manœuvre délicate : un appareil urinaire malade à ce point n'aimant pas les attouchements répétés. D'un autre côté,

l'état du malade était pressant et s'attarder, c'était risquer de le voir périr, sans avoir tenté le nécessaire.

MEMENTO PRATIQUE

INJECTION BROU.

Eau bouillante......	200 grammes.
Faites infuser.	
Opium brut.........	0 gr. 50
Cachou.............	0 gr. 50
Safran.............	1 gr.
Passez et ajoutez :	
Acétate de plomb....	1 gr. 50
Sulfate de zinc......	3 gr.

(*Fortschrift.*)

RÉGÉNÉRATEUR UNIVERSEL DES CHEVEUX DE MME « S.-A. ALLEN. » — La réclame se charge de l'ornementation des murs sur lesquels des propriétaires ennemis du progrès n'ont pas encore défendu d'afficher. Romans nouveaux, liqueurs superfines, remèdes infaillibles y attirent l'attention par des promesses brillantes et des images plus ou moins ingénieuses. On n'achète pas un produit, livre ou élixir, sur des recommandations sérieuses, mais en raison de l'attrait que les lanceurs donnent à leur réclame. Parfois celle-ci revêt les formes les plus séductrices du beau sexe, offrant la *Bière de la Comète*, pirouettant devant l'*Amant des danseuses*, ou secouant sur ses épaules nues la plus luxuriante chevelure que régénéra un philocome sans pareil.

C'est toujours Eve tendant la pomme à cet éternel Adam, le public bon enfant et gobeur.

Comme les chauves sont fort nombreux, même dans les classes peu aisées, c'est faire œuvre humanitaire que de leur révéler le secret de Mme Allen ; cette grande et belle personne doit être devenue riche et elle ne nous en voudra pas.

Ce régénérateur se compose des éléments suivants :

Soufre précipité..............	1 gr. 69
Cannelle de Ceylan...........	0 gr. 20
Glycérine....................	32 gr.
Acétate de plomb cristallisé....	2 gr. 65
Eau.........................	63 gr.

Ce mélange est aromatisé avec de l'essence de mirbane.

N.-B. — *Eviter de frictionner avec la paume de la main.*

(*Bulletin de la Société de thérap. du Sud-Ouest.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 *novembre* 1888. — *Présidence de* M. POLAILLON.

TRAITEMENT DU CANCER UTÉRIN (suite de la discussion). — M *Polaillon* n'est pas partisan de l'hystérectomie totale. Il a pratiqué cette opération six fois et a eu deux morts et quatre succès opératoires. La première de ses malades a eu une fistule vésico-vaginale à la suite d'un sphacèle du fond de la vessie et est morte. La deuxième a aussi succombé aux suites de l'opération. Les quatre autres ont récidivé rapidement à l'exception de la dernière qu'il faudra suivre. Les ablations partielles lui ont donné des résultats bien supérieurs. Vingt fois il a coupé le museau de tanche tant avec l'écraseur, qu'avec l'anse galvano-caustique et le bistouri, neuf fois il a obtenu la guérison, neuf fois ses malades ont été améliorées ; une fois l'opérée n'a retiré aucun bénéfice de l'intervention et une fois il a eu un décès. mais qui doit être mis sur le compte du chloroforme. Les neuf femmes dont l'amputation partielle a amélioré l'état ont eu des récidives plus ou moins éloignées ; mais des neuf malades notées comme guéries, trois seulement se sont représentées et avec des récidives ; les autres n'ont pu malheureusement être suivies assez longtemps. En clientèle il a pratiqué deux fois la section du museau de tanche pour des cancers reconnus à l'examen histologique et a obtenu deux guérisons dont l'une depuis 1883.

En résumé l'hystérectomie vaginale donne une mortalité considérable, une récidive rapide, une courte survie, tandis que l'amputation partielle offre une mortalité à peu près insignifiante, des récidives lentes et une survie plus longue que l'opération totale, c'est donc elle qu'il faut préférer.

M. *Tillaux* est d'avis que l'hystérectomie vaginale est une véritable conquête de la chirurgie moderne, mais ne croit pas qu'elle puisse être considérée comme la méthode générale. Trois genres d'opération sont en présence : les unes palliatives, les autres curatives. A laquelle faut-il s'adresser ? Une femme vous arrive ; elle porte un cancer du col. Que faire ? ou une résection cunéiforme du col ou une ablation totale ! laquelle des deux doit-on choisir ? la meilleure est certainement celle qui permet de franchir complètement les limites du néoplasme, c'est l'hystérectomie vaginale et c'est pour cela qu'il l'a faite. Mais est-il bien nécessaire d'enlever tout l'utérus pour enlever tout le mal ? Non, répondent les statistiques, en prouvant que la récidive n'est pas plus fréquente avec l'opération d'Huguier qu'avec l'ablation totale.

M. *Bouilly* s'est élevé contre l'opération parcimonieuse de la

section du col; mais ampute-t-on toute une langue parce que l'extrémité seule est atteinte, coupe-t-on la verge à sa racine pour une lésion du gland ?

Au point de vue de la gravité opératoire, l'hystérectomie vaginale aura beau s'améliorer, elle sera toujours plus meurtrière que l'opération d'Huguier et c'est pour cela qu'il pratiquera cette dernière quand les indications en seront posées. Dans les faits moins précis de diagnostic, si le corps est envahi, il fera l'amputation totale ; mais pas si les culs-de-sac sont pris. En définitive il faut choisir son opération d'après les symptômes.

M. *Marchand* vient plaider la cause de l'amputation partielle. Depuis l'année 1878, il a fait dix-huit fois cette opération et n'a eu que deux décès, l'un par l'ouverture du cul-de-sac de Douglas, avec l'anse galvano-caustique, l'autre par péritonite. De ses autres opérées, l'une est guérie depuis sept ans et une autre depuis trois ans et quatre mois.

Ce chirurgien a pratiqué sept fois l'hystérectomie vaginale et a eu quatre morts, une par choc et trois par péritonite, tandis qu'il n'a eu que trois succès opératoires et sur ces trois succès deux malades ont eu des récidives. Aussi selon lui ne doit-on réserver l'hystérectomie vaginale que pour des cas particuliers.

M. *Richelot* soutient l'hystérectomie totale parce qu'il cherche à obtenir la guérison définitive. Il n'est pas de l'avis de M. Kirmisson qui estime qu'elle n'est pas possible dans le cancer. Si au contraire on ne demande à l'opération que d'être palliative, M. Verneuil a raison, mais alors il ne faut pas comparer deux méthodes dont l'une peut enlever tout le mal et dont l'autre est impuissante à l'atteindre complètement. Aussi s'il jugeait que la guérison définitive ne pouvait être obtenue, il pratiquerait l'amputation supravaginale. Mais quand saura-t-on que cette guérison définitive peut être obtenue ? dans quelques années seulement et c'est ce qui donne la partie belle à M. Verneuil.

M. Richelot revient ensuite sur sa statistique que nous avons déjà donnée dans l'avant-dernière séance.

M. *Reynier* trouve comme ses collègues, que l'ablation totale ne se faisant que depuis trois ans, il n'y a pas assez d'observations pour répondre et que la discussion est venue trop tôt. De plus le point de départ n'est pas le même. M. Verneuil recherche en effet la survie et M. Richelot la guérison définitive. Pour lui il croit à la cure du cancer utérin et ne considère pas les réapparitions du néoplasme arrivant à longue échéance comme des récidives ; mais comme de nouvelles manifestations de la diathèse. Le point difficile est qu'on ne connaît pas l'étendue du mal, ce qui plaide en faveur de l'hysté-

rectomie totale. Enfin M. Verneuil a mis vingt-deux années à faire toutes ses opérations d'amputation du col, son choix porte donc sur un plus grand nombre de sujets que ceux qui en trois ans ont pu être soumis à la thérapeutique de chirurgiens qui font l'amputation complète.

Pour sa part il a pratiqué deux amputations partielles et a eu deux récidives ; il a fait deux hystérectomies vaginales et a eu le plaisir de voir ses deux malades sortir guéries. Il est vrai que la dernière opération n'a qu'un mois de date.

M. Routier a communiqué au dernier congrès de chirurgie trois opérations d'hystérectomie vaginale. Depuis il a opéré 4 autres malades. De ces 7 opérées, 3 portaient un cancer et ce sont les seules dont il peut parler. Pas une d'entre elles n'est morte de l'opération, et elles ont eu 6, 13, 8 1/2 et 7 mois 1/2 de survie, la moyenne à en déduire n'est pas considérable ; mais elle ne fera qu'augmenter.

M. Terrier tient à dire à propos de la communication de M. Routier, que tous les utérus enlevés par ce chirurgien ont été examinés au laboratoire de M. Cornil et que dans une conversation qu'il a eue il y a quelques jours avec le professeur d'anatomie pathologique à la Faculté, il ressort que pour M. Cornil, l'anatomie pathologique du cancer utérin est encore à faire et que rien n'est plus difficile à pratiquer qu'un examen histologique de cet organe.

M. Verneuil fait remarquer que les difficultés du diagnostic histologique anatomique sont les mêmes pour une pièce provenant ou d'une hystérectomie totale ou d'une amputation partielle.

M. Terrier ne peut, dit-il, séparer le côté scientifique du côté pratique de la question.

M. Verneuil a assez l'habitude du microscope pour s'assurer de la nature d'une lésion cancéreuse, et il a fait l'examen microscopique de toutes ses pièces lui-même.

M. Trélat se permet de rappeler que ce que vient de dire M. Terrier, il l'a exposé dans sa dernière communication. Ce qui fait la divergence des opinions au point de vue de l'intervention, c'est l'insuffisance du diagnostic.

Œdème de la glotte. — *M. Chauvel* lit un rapport sur trois observations d'œdème de la glotte, adressées à la Société de chirurgie par MM. Yvert, Lacronique et Audé, médecins militaires. Ces observations fort curieuses ont trait à des cas de laryngite accompagnée d'accidents asphyxiques qui ont dû parfois nécessiter la trachéotomie. Pour M. Chauvel, dans le cas où il y a suffocation avec effacement des creux sus-claviculaires, tirage et retrait de la trachée en arrière, l'opération crico-thyroïdienne est préférable.

Présentation d'un malade. — *M. Terrillon* présente un malade

auquel il a réséqué deux fois le maxillaire supérieur pour un sarcome et qui après cicatrisation, ne pouvant plus ouvrir la bouche à cause de la rétraction, a dû être traité par le procédé d'Esmarch.

M. Pozzi rappelle un malade auquel il a pratiqué cette opération de Rizzoli et Esmarch et fait remarquer que les résultats obtenus sont durables.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS. — *M. Pozzi* présente une béquille de Clover modifiée par M. le Dr Boureau et un porte-spéculum destiné à supprimer les aides, construit sur les indications du même médecin. EUGÈNE ROCHARD.

NOUVELLES

ECOLE DES HAUTES ÉTUDES. — M. G. Pouchet, professeur au Muséum, commencera samedi prochain, 10 novembre, à 4 heures du soir, une série de conférences sur l'Histologie comparée des vertébrés, avec préparations à l'appui, et les continuera chaque samedi, à la même heure, dans le laboratoire d'histologie zoologique, rue de Buffon, 55 ; c'est là que devront se faire inscrire les personnes qui désireront suivre ces conférences.

L'AFFAIRE DU DOCTEUR DURAND. — Notre correspondant de Lyon nous écrit :

Aujourd'hui s'est terminée devant le tribunal correctionnel de Lyon l'affaire du Dr Durand, fils de l'ancien député du Rhône, accusé d'avoir porté un coup de couteau à son domestique, le sieur Alèze. Un public nombreux assistait à l'audience.

Alèze, qui se porte partie civile et réclame 2,000 fr. de dommages-intérêts, raconte les divers incidents qui ont précédé le mouvement de vivacité de son maître.

Alèze, congédié par le Dr Durand, qui avait remarqué une trop grande intimité entre lui et sa domestique, réclamait ses gages. Le docteur lui remit 180 francs à compte, en ajoutant qu'il lui payerait le reste devant le juge de paix, car il ne croyait pas devoir ce qui lui était réclamé. Alèze se présenta au moment où le docteur ouvrait son cabinet, et lui réclama ce qu'il croyait lui être dû sur un ton qui mit en fureur M. Durand. Hors de lui, il sauta sur une panoplie et frappa Alèze à l'aine d'un large couteau de chasse. La blessure était très grave, et pendant quelques jours, les médecins ne purent répondre de sa vie. Aujourd'hui Alèze marche encore difficilement et sa guérison ne sera complète que dans quelques mois, au dire du docteur Polosson, chirurgien de l'hôpital de la Croix-Rousse.

Les nombreux témoins entendus sont plutôt favorables à l'accusé, qui a été grossièrement insulté par son domestique, et qui aurait porté le coup involontairement.

Dans son interrogatoire, le docteur Durand affirme qu'il n'a pas eu l'intention de frapper Alèze ; il voulait simplement l'intimider.

Après un réquisitoire de M. Benoit, substitut, qui demande une application relativement sévère de la loi, Me Robin présente la défense de Durand et demande son acquittement.

Le tribunal écarte le délit de blessures volontaires, mais déclare Durand coupable de blessures par imprudence. Il admet des circonstances atténuantes, motivées par l'attitude grossière d'Alèze, et, tenant compte à Durand des deux mois de prison préventive qu'il a subie, le condamne à 100 fr. d'amende et 1,000 fr. de dommages-intérêts envers la partie civile.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 28 *octobre au* 3 *novembre* 1888.— Fièvre typhoïde, 18.— Variole, 3. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, Croup, 31. — Phthisie pulmonaire, 204. — Autres tuberculoses, 36. — Tumeurs cancéreuses et autres, 48.

Méningite, 21. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 49. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 15. — Maladies organiques du cœur, 53.

Bronchite aiguë et chronique, 64. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 77.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 47.

Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 0.

Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 24. — Suicides et autres morts violentes, 19. — Autres causes de mort, 167. — Causes inconnues, 14.

Nombre absolu de la semaine : 948. — Résultat de la semaine précédente : 996.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Année médicale 1887. — Le Dr BOURNEVILLE vient de faire paraître chez Lecrosnier et Babé le dixième tome de l'*Année médicale*. Cette publication, commencée en 1878, obtient auprès du public auquel elle s'adresse un succès qui ne se dément pas. Elle est, en effet, d'une utilité très réelle pour les médecins et les élèves qui, sans perte de temps et sans peine trouvent aussi, résumés en un petit nombre de pages, les principaux progrès réalisés pendant l'année dans le domaine des sciences médicales.

Les collaborateurs du volume de 1887 sont : MM. P. Loye pour l'Anatomie et la Physiologie ; Capitan pour la Pathologie générale ; Brissaud et Œttinger pour les maladies des voies respiratoires ; Comby pour les maladies du cœur et des reins ; D. Aigre pour les maladies de l'estomac et du foie ; Marie et Guinon pour les maladies du système nerveux ; Reraval pour la psychiatrie ; Sosias pour la médecine légale ; Plique pour les maladies de l'enfance ; Tavernier pour la dermatologie ; Baudoin pour la chirurgie ; Malherbe pour les affections des voies urinaires ; Baratoux pour les maladies de l'oreille ; Poncet pour l'ophthalmologie ; Maygrier pour l'obstétrique et la gynécologie ; Cruet pour l'odontologie ; Bottez pour la thérapeutique ; Vigouroux pour l'électrothérapie ; Delfau pour la climatologie et l'hydrologie médicale. Enfin, dans une intéressante revue, Gilles de la Tourette énumère et discute les différentes réformes proposées ou accomplies récemment dans l'enseignement officiel, dans les services de l'Assistance publique et dans le corps de santé de l'armée.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

De son interrogatoire, il n'est pas difficile de conclure qu'il porte un calcul dans la vessie, car il en présente tous les symptômes rationnels : fréquence de la miction le jour, hématurie peu abondante et douleur extrêmement vive en finissant d'uriner, avec une netteté qui ne permettent aucun doute.

C'est la douleur qui le contraint à consulter, car dans ces derniers temps, elle est devenue intolérable.

A l'examen physique, l'urèthre rétréci dans presque toute sa longueur ressemble à un véritable tube rigide et rugueux dont l'étroitesse n'est pas cependant très considérable, car on peut introduire, sans trop de difficulté, une sonde exploratrice en métal n° 15 jusque dans la vessie.

La prostate est grosse, mais se laisse assez facilement franchir et, derrière elle, à droite, on reconnaît immédiatement un calcul assez mou et d'un volume moyen.

L'urine abondante, 3 litres par vingt-quatre heures, pâle, nébuleuse, d'odeur un peu forte, abandonne un dépôt visqueux, grisâtre, médiocrement abondant; mais ne s'éclaircit pas complètement.

L'état général est assez peu encourageant : le malade a maigri, ses chairs sont flasques, sa peau sèche, la langue rouge, la salive peu abondante, la soif assez vive. Le pouls n'a pas augmenté de fréquence, mais il est dicrote ; le cœur fait entendre un bruit de galop ; la température est légèrement abaissée : elle n'atteint pas tout à fait 37° dans le rectum.

Malgré ces conditions déplorables, la nécessité d'une action prompte et décisive étant évidente, je propose d'abord l'uréthrotomie interne, espérant qu'elle élargira assez le canal pour en permettre la traversée aux instruments de lithotritie.

Malheureusement cette opération a déjà été pratiquée cinq fois par divers chirurgiens et, quoiqu'elle ne m'ait présenté aucune difficulté et que ses suites aient été aussi simples que possible, il est évident que je n'ai obtenu ni le calibre, ni la souplesse nécessaires à la lithotritie.

La taille hypogastrique étant dès lors le seul moyen qui puisse délivrer le malade, je la pratique quinze jours après, avec l'aide des Drs Dubousquet-Laborderie, Bonnet, Boulanger (de Bois de Colombes), et François. Elle n'offre, d'ailleurs, rien de particulier à noter, si ce n'est qu'elle permit l'extraction d'un calcul phosphatique de la grosseur d'un œuf de poulette.

La paroi abdominale est suturée en masse et les tubes de Périer, réunis aux lèvres de la plaie par deux sutures très lâches, en crins de Florence, qui leur laissent une très grande mobilité, fonctionnent admirablement.

Presque aussitôt réveillé, le malade est pris d'un hoquet peu intense, mais qui persiste malgré le castoréum et le chloral administrés soit par la bouche, soit en lavement. Ce hoquet, malgré sa persistance, ne m'inquiète pas outre mesure, car je l'ai observé dans plusieurs autres cas et je l'attribue au ballonnement rectal. D'un autre côté, tout va bien du côté de la plaie. Les tubes en sont enlevés le cinquième jour; les sutures le septième, elles ont parfaitement tenu, la réunion est complète ; il ne reste plus que l'ouverture par où passaient les tubes. La sonde uréthrale de gomme élastique qui les a remplacés, fonctionne, du reste, très bien, sans laisser passer d'urine par l'ouverture hypogastrique.

Malheureusement le hoquet, terminé le troisième jour, a été remplacé par une légère hésitation de la parole qui persiste jusqu'au septième. A partir de ce moment, le malade est pris de véritables accès de délire pendant lesquels il se débat, se lève et donne à ceux qui le gardent toutes les peines du monde à le maintenir dans son lit. Cependant le pouls est parfaitement calme et régulier, mais la température se maintient toujours basse, un peu au-dessus de 37°, quoique l'urine coule abondante et régulièrement, et que la plaie de belle apparence se rétrécisse manifestement et très vite. Cet état se prolonge jusqu'au douzième jour avec des alternatives de calme et d'agitation et le malade succombe dans le coma, malgré le chloral, le bromure, la glace sur la tête, les lavements purgatifs, les sangsues.

En somme, homme d'une constitution très forte, mais déjà âgé et profondément miné par une affection des reins ancienne sur lequel deux opérations sont pratiquées à un intervalle de quinze jours. La première, l'uréthrotomie interne, le laisse indifférent, ce qui en prouve l'innocuité ; l'autre, la taille hypogastrique, dont les manœuvres l'atteignent bien plus gravement, il est vrai, suffit pour le renverser.

En présence d'un pareil résultat, on doit se demander si la lithotritie n'eût pas été préférable. Pour moi, l'affirmative n'est pas douteuse. En débarrassant, avec cette dernière, le malade d'un seul coup, on lui eût probablement permis de vivre encore quelque temps. C'est, qu'en effet, entre la taille et la lithotritie en une seule séance, il y a toute la différence d'une plaie profonde, intéressant un viscère important, la vessie, et de toutes ses conséquences, à un trauma passager d'une durée relativement très courte.

Malheureusement ici si le calcul eût été facile et prompt à briser, le canal n'était perméable ni aux lithotriteurs, ni aux évacuateurs. Peut-être eût-on pu avec le temps élargir le canal ; mais c'était, dans le cas présent, une manœuvre délicate : un appareil urinaire malade à ce point n'aimant pas les attouchements répétés. D'un autre côté,

l'état du malade était pressant et s'attarder, c'était risquer de le voir périr, sans avoir tenté le nécessaire.

MEMENTO PRATIQUE

—

INJECTION BROU.

Eau bouillante......	200 grammes.
Faites infuser.	
Opium brut.........	0 gr. 50
Cachou............	0 gr. 50
Safran.............	1 gr.
Passez et ajoutez :	
Acétate de plomb....	1 gr. 50
Sulfate de zinc......	3 gr.

(*Fortschrift.*)

RÉGÉNÉRATEUR UNIVERSEL DES CHEVEUX DE MME « S.-A. ALLEN. » — La réclame se charge de l'ornementation des murs sur lesquels des propriétaires ennemis du progrès n'ont pas encore défendu d'afficher. Romans nouveaux, liqueurs superfines, remèdes infaillibles y attirent l'attention par des promesses brillantes et des images plus ou moins ingénieuses. On n'achète pas un produit, livre ou élixir, sur des recommandations sérieuses, mais en raison de l'attrait que les lanceurs donnent à leur réclame. Parfois celle-ci revêt les formes les plus séductrices du beau sexe, offrant la *Bière de la Comète*, pirouettant devant l'*Amant des danseuses*, ou secouant sur ses épaules nues la plus luxuriante chevelure que régénéra un philocome sans pareil.

C'est toujours Eve tendant la pomme à cet éternel Adam, le public bon enfant et gobeur.

Comme les chauves sont fort nombreux, même dans les classes peu aisées, c'est faire œuvre humanitaire que de leur révéler le secret de Mme Allen ; cette grande et belle personne doit être devenue riche et elle ne nous en voudra pas.

Ce régénérateur se compose des éléments suivants :

Soufre précipité..............	1 gr. 69
Cannelle de Ceylan...........	0 gr. 20
Glycérine....................	32 gr.
Acétate de plomb cristallisé....	2 gr. 65
Eau........................	63 gr.

Ce mélange est aromatisé avec de l'essence de mirbane.

N.-B. — *Eviter de frictionner avec la paume de la main.*

(*Bulletin de la Société de thérap. du Sud-Ouest.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 *novembre* 1888. — *Présidence de* M. POLAILLON.

TRAITEMENT DU CANCER UTÉRIN (suite de la discussion). — M *Polaillon* n'est pas partisan de l'hystérectomie totale. Il a pratiqué cette opération six fois et a eu deux morts et quatre succès opératoires. La première de ses malades a eu une fistule vésico-vaginale à la suite d'un sphacèle du fond de la vessie et est morte. La deuxième a aussi succombé aux suites de l'opération. Les quatre autres ont récidivé rapidement à l'exception de la dernière qu'il faudra suivre. Les ablations partielles lui ont donné des résultats bien supérieurs. Vingt fois il a coupé le museau de tanche tant avec l'écraseur, qu'avec l'anse galvano-caustique et le bistouri; neuf fois il a obtenu la guérison, neuf fois ses malades ont été améliorées ; une fois l'opérée n'a retiré aucun bénéfice de l'intervention et une fois il a eu un décès, mais qui doit être mis sur le compte du chloroforme. Les neuf femmes dont l'amputation partielle a amélioré l'état ont eu des récidives plus ou moins éloignées ; mais des neuf malades notées comme guéries, trois seulement se sont représentées et avec des récidives ; les autres n'ont pu malheureusement être suivies assez longtemps. En clientèle il a pratiqué deux fois la section du museau de tanche pour des cancers reconnus à l'examen histologique et a obtenu deux guérisons dont l'une depuis 1883.

En résumé l'hystérectomie vaginale donne une mortalité considérable, une récidive rapide, une courte survie, tandis que l'amputation partielle offre une mortalité à peu près insignifiante, des récidives lentes et une survie plus longue que l'opération totale, c'est donc elle qu'il faut préférer.

M. *Tillaux* est d'avis que l'hystérectomie vaginale est une véritable conquête de la chirurgie moderne, mais ne croit pas qu'elle puisse être considérée comme la méthode générale. Trois genres d'opération sont en présence : les unes palliatives, les autres curatives. A laquelle faut-il s'adresser ? Une femme vous arrive ; elle porte un cancer du col. Que faire ? ou une résection cunéiforme du col ou une ablation totale ! laquelle des deux doit-on choisir ? la meilleure est certainement celle qui permet de franchir complètement les limites du néoplasme, c'est l'hystérectomie vaginale et c'est pour cela qu'il l'a faite. Mais est-il bien nécessaire d'enlever tout l'utérus pour enlever tout le mal ? Non, répondent les statistiques, en prouvant que la récidive n'est pas plus fréquente avec l'opération d'Huguier qu'avec l'ablation totale.

M. *Bouilly* s'est élevé contre l'opération parcimonieuse de la

35e Année. — Tome II. N° 133 Mardi 13 Novembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Du bec-de-lièvre compliqué,

Par le Dr F. VERCHÈRE
Ancien chef de clinique chirurgicale.

L'expression de bec-de-lièvre, employée pour la première fois par Ambroise Paré, sert à désigner un vice de conformation caractérisé par la présence d'une fissure plus ou moins étendue siégeant au niveau des lèvres. Lorsque la fissure occupe les parties molles elle est dite *bec-de-lièvre simple ou prolongé* suivant son étendue ; si elle atteint le squelette sous-jacent, elle mérite le nom de *bec-de-lièvre complexe*.

Cette définition indique que nous n'avons pas l'intention de faire rentrer dans le bec-de-lièvre que nous allons étudier, les cicatrices plus ou moins vicieuses des lèvres résultant soit d'une plaie accidentelle, soit d'une résection chirurgicale, soit d'une brûlure de la lèvre. Ces faits ont une histoire particulière, se prêtant à des considérations spéciales et toutes différentes de ce que l'on doit regarder comme le véritable bec-de-lièvre.

De notre définition aussi on peut voir que nous envisageons sous le même nom toutes les fissures *congénitales* pouvant se montrer au niveau des lèvres ; c'est dire que nous ne nous contentons pas de regarder comme telles la fissure de la région sous-nasale (j'emploie à dessein une appellation vague) mais que l'on doit étudier et la fissure de la lèvre inférieure et la fissure de la lèvre supérieure où qu'elles se trouvent.

Cette extension de la signification du vocable bec-de-lièvre, à toute une série de malformations labiales en apparence exagérées, puisqu'au point de vue clinique, il est difficile de rapprocher la longue et rare fente commissurale de la fente courte et commune que l'on rencontre au-dessous de la narine, s'explique par ce fait que toutes ces défor-

mations reconnaissent un même mode de développement, résultent d'une même modification embryogénique et que l'explication donnée pour l'une d'entre elles explique toutes les autres. Le siège de la fissure, sa forme extérieure, sa profondeur, sa complexité même, ne doivent en aucune façon faire différencier au point de vue pathogénique les becs-de-lièvre entre eux.

Tous les becs-de-lièvre reconnaissent la même origine. Je ne rechercherai pas dans les auteurs les diverses opinions émises à cet égard. Jusqu'au jour où Coste a démontré que le bec-de-lièvre était le résultat d'un état embryonnaire persistant, les discussions qui ont été soulevées par cette malformation ne s'appuyaient que sur une série d'hypothèses dans lesquelles l'imagination des auteurs jouait le principal rôle.

C'est donc à partir du moment où le développement embryologique de la face a été étudié et reconnu que commence réellement l'histoire du bec-de-lièvre. Depuis cette époque de nouvelles recherches ont modifié quelque peu la description primitive de Coste et c'est ce qui nous engage à reproduire en quelques lignes cette histoire du développement des lèvres. Nous en verrons l'importance.

La mâchoire supérieure se développe par trois bourgeons visibles dès le vingtième jour de la vie intra-utérine. Ce sont le bourgeon frontal descendant verticalement, et les deux bourgeons maxillaires supérieurs se rapprochant latéralement, allant à la rencontre l'un de l'autre, pendant que dans leur intervalle descend le bourgeon frontal.

La mâchoire inférieure se développe aux dépens de deux bourgeons seulement : ce sont les deux bourgeons maxillaires inférieurs parallèles aux deux précédents, marchant comme eux à la rencontre l'un de l'autre et coalescents dès le trentième jour. Aux dépens de ces deux bourgeons se forment la lèvre inférieure et le maxillaire inférieur. Si la coalescence ne se fait pas, il reste une fissure médiane, comprenant les parties molles seulement, bec-de-lièvre simple de la lèvre inférieure, atteignant le maxillaire lui-même, bec-de-lièvre complexe. L'époque précoce de la soudure des deux bourgeons maxillaires explique la rareté de ce bec-de-lièvre dont l'existence a même été mise en doute par certains auteurs.

Entre les deux paires de bourgeons maxillaires supérieurs et inférieurs se trouve une fente, fente branchiale ; cette fente forme la bouche dont les dimensions transversales varient suivant que la soudure des bords en contact des deux bourgeons est plus ou moins étendue. Que celle-ci ne se fasse pas d'un côté, ou même des deux côtés et on se trouve en présence du bec-de-lièvre commissural, fissure génienne simple ou double. La fermeture de la joue résulte de cette soudure. Elle se dirige obliquement en dehors et en haut, vers la

tempe, et sépare le massif maxillaire supérieur de la mâchoire inférieure.

La mâchoire supérieure présente un développement plus complexe. Nous avons dit déjà que primitivement elle résultait de trois bourgeons : deux latéraux, les deux maxillaires supérieurs, un médian, le bourgeon frontal. Supposons un instant que tout reste à cet état de simplicité et suivons ces deux bourgeons. Supposons que le bourgeon frontal continue par son extension son mouvement de descente et vienne s'interposer entre les deux bourgeons maxillaires. Que va-t-il se passer ? C'est qu'à un moment donné ces trois bourgeons arriveront en contact et que la soudure aura lieu. Cette soudure prendra la forme d'un Y renversé. La grande branche résultant de l'union des deux bourgeons maxillaires supérieurs et les deux branches de bifurcation provenant de la soudure des deux mêmes bourgeons avec le coin triangulaire interposé formé par le bourgeou frontal.

Les bourgeons maxillaires supérieurs forment les 2/3 externes de chacune des moitiés de la lèvre supérieure, et la partie correspondante des arcades alvéolaires sous-jacentes, c'est-à-dire jusqu'à et y compris la canine, puis plus profondément la partie horizontale du maxillaire constituant la voûte palatine. Ainsi notre Y se trouve formé en arrière par l'union des deux moitiés labiales de la voûte palatine, grande branche de l'Y ; en avant par deux lignes allant aboutir obliquement, immédiatement au-devant de la canine. Le coin formé par le bourgeon frontal est représenté par l'espace compris entre les deux branches de bifurcation de l'Y et s'appelle l'os inter-maxillaire. Appliquons ce fait au bec-de-lièvre. Que la soudure ne se fasse pas entre les deux prolongements profonds, la voûte palatine est largement ouverte, la bouche communique avec les fosses nasales, c'est la perforation congénitale de la voûte palatine, et du voile du palais qui se développe aux dépens des mêmes bourgeons, c'est une partie de la déformation que l'on a appelée la gueule de loup. Que la soudure entre l'os inter-maxillaire et un des bourgeons maxillaire supérieur ne se fasse pas et on a une fissure labiale et une fissure osseuse siégeant en avant de la canine, entre celle-ci et les dents incisives.

Longtemps et Coste l'avait ainsi dit, Gœthe et encore actuellement Kœlliker le soutiennent, on avait cru que tels étaient le siège et le mode de formation du bec-de-lièvre vulgaire constant, qu'il soit limité aux parties molles ou qu'il se prolonge entre les parties osseuses. Mais Albrecht dans une série de communications a montré que cette opinion qui pendant tant d'années a eu cours et a été admise sans conteste par tous les auteurs était une erreur. Le constater était facile, il suffisait de regarder à quel niveau passait la fissure au niveau

du maxillaire, si elle était immédiatement au-devant de la canine. Or cette constatation a été poursuivie par A. Broca qui a disséqué toute une série de becs-de-lièvre et a pu démontrer que l'opinion ancienne était fausse, que l'opinion d'Albrecht était juste et que s'il existe un défaut de soudure entre l'inter-maxillaire et le bourgeon maxillaire, il ne détermine pas le bec-de-lièvre vulgaire mais bien une fissure labiale, spéciale et se continuant non pas dans la narine comme le bec-de-lièvre commun, mais allant s'unir au colobome de la paupière et fendre le massif osseux entre le bourgeon maxillaire et l'inter-maxillaire, fissure rare et toute différente de la malformation commune.

(*A suivre.*)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

De la transfusion péritonéale et de l'immunité qu'elle confère.

Par MM. J. Héricourt et Ch. Richet (1).

Pour faire suite à notre Communication précédente (2), relative aux effets du *Staphylococcus pyosepticus*, nous donnons les résultats obtenus sur l'immunité consécutive à la transfusion péritonéale.

Nous avions d'abord essayé de faire passer directement du sang de chien dans le système vasculaire du lapin : mais nous avons bientôt renoncé à ce procédé ; car, même à la dose de 12 grammes, le sang de chien, injecté directement dans une veine, fait immédiatement mourir un lapin. Au contraire, la transfusion péritonéale, comme cela a été indiqué par M. Hayem (3), est une opération inoffensive qui équivaut à une transfusion vasculaire lente.

Voici comment nous procédons. Nous injectons du sang complet en le faisant passer directement, par un tube de caoutchouc, de la carotide d'un chien dans le péritoine d'un lapin, en pesant le lapin avant et après la transfusion, nous connaissons la quantité de sang injecté (4).

L'innocuité de cette opération est remarquable : sur 34 expériences nous n'avons eu qu'un cas de mort par septicémie. Dans 28 expériences où la dose de sang transfusé a été inférieure à 70 grammes, il y a eu, sauf une exception, survie des lapins. La dose transfusée était en moyenne de 30 à 40 grammes. Une transfusion

---

(1) Note présentée à l'Académie des Sciences par M. Verneuil.

(2) *Comptes rendus*, 1888, t. CVII, p. 690.

(3) *Ibid.*, 1884, t. XCVIII, p. 749.

(4) Nos chiffres se rapportent tous à des lapins pesant environ 2,000 grammes.

péritonéale qui ne dépasse pas 70 grammes peut donc être considérée comme inoffensive.

Il est vrai qu'une dose plus forte est toxique. Dans 5 expériences où la dose de sang transfusé a atteint et dépassé 70 grammes (110-110-100-80-70), il y a eu, sauf une exception, mort des lapins en moins de vingt-quatre heures (1).

Les effets de cette transfusion sont immédiats. On observe une polypnée parfois très intense. Il y a émission d'une urine abondante et claire. Le lapin se couche à plat ventre, et sa température s'abaisse de 2° et même de 3° (dans un cas, 35°,3 deux heures après l'opération), tous phénomènes explicables d'une part par le passage rapide du sang intra-péritonéal dans le système vasculaire, d'autre part, par l'action dissolvante que le sérum du sang de chien exerce sur les globules rouges du lapin (Landois).

Or, en inoculant des cultures de *Staphylococcus pyosepticus* à des lapins ayant subi depuis trente-six heures environ cette transfusion péritonéale, nous avons constaté qu'ils avaient acquis une immunité remarquable vis-à-vis des effets de ce microorganisme, immunité portant : 1° sur l'œdème, 2° sur la fièvre, 3° sur la survie.

Voici quelques exemples, entre autres, pour démontrer ces trois effets :

I. *Œdème*. — Le 26 octobre, 12 lapins sont inoculés, chacun avec 4 gouttes d'une culture de *Staphylococcus pyosepticus*. 6 ont reçu trente-six heures auparavant du sang de chien dans le péritoine, 2 ont été antérieurement vaccinés et 4 servent de témoins. Quarante-huit heures après l'inoculation, les 6 lapins transfusés présentent, au lieu de l'inoculation, une petite tumeur dont la plus grosse a le volume d'une noix. 2 de ces lapins n'ont qu'une tumeur à peine appréciable. Les 2 lapins vaccinés ont : l'un, une tumeur grosse comme une noix ; l'autre, nulle tumeur. Les 4 lapins témoins ont tous une énorme tumeur qui s'étend dans toute la région abdominale et qui forme une masse empâtée plus grosse que le poing.

II. *Température*. — Le 10 septembre, 4 lapins sont inoculés avec 4 gouttes de culture. Le lendemain, le lapin témoin a 41°,6. Les 3 autres, qui avaient reçu une transfusion péritonéale, ont 40°,2, 40°,4 et 40°,1.

(1) Dans une série d'expériences en cours d'exécution, nous avons pu rendre évidente cette action toxique des produits solubles du sang en pratiquant la transfusion stomacale. Un lapin est mort en quelques heures après avoir reçu 470 gr. de sang de chien dans l'estomac. Un autre est mort en vingt-six heures après avoir reçu 180 grammes. D'autres, ayant reçu 130, 110, 100 et 70 grammes, ont survécu. L'absorption doit être rapide ; car la polyurie, la polypnée et l'hypothermie s'observent presque immédiatement.

III. *Survie.* — Le 4 octobre, 7 lapins sont inoculés avec quatre gouttes de culture de *Staph. pyosepticus*. 6 ont reçu, quarante-huit heures auparavant, du sang de chien dans le péritoine. Le témoin meurt moins de vingt heures après l'inoculation. Des 6 autres, 3 meurent, l'un cinquante heures, l'autre soixante-dix heures, le troisième quatre-vingt-dix heures après l'inoculation. Les 3 autres survivent, ils sont encore vivants aujourd'hui.

Pour expliquer l'inconstance apparente de ce résultat, il faut remarquer que le sang transfusé a été pris à deux sources différentes : 1° sang d'un chien intact : les lapins qui avaient reçu ce sang n'ont pas résisté à l'inoculation ; 2° sang d'un chien ayant subi, quelques mois auparavant, des inoculations de *Staph. pyosepticus* : les 3 lapins qui avaient reçu ce sang ont tous trois résisté à l'inoculation du *Staph. pyosepticus*.

Or ce n'est pas là un fait exceptionnel. Parmi les chiens qui ont servi à donner du sang, il en est 3 qui avaient été inoculés avec notre microrganisme, et qui, après avoir présenté d'énormes abcès, avaient guéri complètement. Or tous les lapins transfusés avec le sang de ces chiens ont résisté à l'inoculation, tandis que les lapins transfusés avec du sang de chiens intacts ont généralement succombé. Sur 18 expériences, 6 ont été faites avec du sang de chien précédemment inoculé. Ces 6 lapins ont survécu à l'inoculation du *Staph. pyosepticus*. 12 ont été transfusés avec du sang de chiens intacts. Sur ces 12 transfusés, puis inoculés, 9 sont morts, 3 ont survécu. (Parmi les 3 qui ont survécu, il y en a 2 qu'il faut mettre à part ; car, par une très rare exception, le témoin inoculé en même temps a survécu.)

Il nous semble donc assez probable que le sang des chiens inoculés précédemment avec le *Staph. pyosepticus*, puis absolument guéris, confère une immunité plus complète que le sang des chiens intacts.

Mais ce qui est incontestable, c'est l'effet saisissant qu'exerce la transfusion péritonéale du sang de chien chez les lapins inoculés avec les cultures de *Staph. pyosepticus*. Au lieu de l'énorme œdème qui s'observe constamment chez tous les lapins qui n'ont été ni vaccinés, ni transfusés, on ne détermine qu'une petite tumeur. Il est à peu près impossible de trouver une différence entre les lapins transfusés et les lapins bien vaccinés, tellement les effets phlogogènes locaux ont été atténués, dans l'un et l'autre cas.

Cette influence du sang de chien, donnant aux lapins une sorte d'immunité pour les maladies auxquelles résiste le chien, s'étend peut-être à d'autres microrganismes (le charbon, la tuberculose) ; nous poursuivons nos recherches dans ce sens (1).

(1) Travail du Laboratoire de Physiologie de la Faculté de Médecine de Paris.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

—

Séance du 9 novembre 1888. — Présidence de M. Sirédey.

Hystérie dans l'intoxication par le sulfure de carbone. — M. *P. Marie* a eu l'occasion d'observer récemment deux cas d'hémiplégie hystérique manifeste chez des ouvriers employés dans une fabrique de sulfure de carbone. Dans ces deux cas, le diagnostic hystérie ne pouvait faire le moindre doute ; l'hémianesthésie, le rétrécissement du champ visuel avec macropsie et micropsie étaient des plus caractéristiques ainsi que tout l'aspect des accidents en question.

Les auteurs qui se sont occupés des symptômes de l'intoxication sulfo-carbonée sont tout à fait d'accord avec M. Marie au point de vue symptomatique, mais aucun de ces auteurs cependant n'a eu l'idée qu'il pouvait s'agir là d'hystérie.

Le tableau de l'hystérie toxique sulfo-carbonée est donc à faire. Les deux observations de M. Marie et celles contenues dans les travaux de MM. Delpech, Bonnet, Auguin, etc., permettent d'en donner une esquisse.

Les troubles de la sensibilité sont ordinairement très marqués : troubles de la sensibilité générale et de la sensibilité spéciale. Les premiers consistent en hémianesthésie plus ou moins complète, ou en anesthésies limitées, et alors ce n'est pas suivant le territoire de tel ou tel nerf qu'elles sont localisées, mais d'après une ligne circulaire passant par la racine du membre (anesthésie en gigot signalée par M. le professeur Charcot dans l'hystérie traumatique). Quelquefois, au lieu d'anesthésie, c'est de l'hyperesthésie que l'on rencontre.

Pour les sens spéciaux, l'auteur signale du côté de l'œil l'anesthésie de la cornée, la diminution de la vision, le rétrécissement du champ visuel, la polyopie monoculaire, la macropsie, la micropsie ; de même, diminution de l'ouïe, de l'odorat, du goût.

Les troubles moteurs sont parallèles à ceux de la sensibilité. On rencontre l'hémiplégie, la paraplégie ou les paralysies limitées — ces dernières n'occupant, elles non plus, le territoire d'aucun nerf moteur, d'aucun groupe musculaire anatomiquement défini, mais un membre tout entier ou un segment de membre, comme cela se voit dans l'hystéro-traumatisme. Un trouble moteur fréquent dans l'hystérie sulfo carbonée est l'hémispasme glosso-labié. Chose singulière, bien qu'ils n'en connussent nullement la valeur symptomatique, tous les auteurs ont remarqué ce phénomène et en signalent l'existence.

Enfin, mais plus rarement (3 observations de Delpech), les atta-

ques convulsives peuvent s'observer. Elles présentent, et de la façon la plus manifeste, le caractère hystérique.

Puis, toute la menue monnaie de l'hystérie : céphalalgie avec constriction et battements dans les tempes, cauchemars, émotivité extrême, aspect renfermé, taciturne, signalé déjà par M. Charcot dans l'hystérie traumatique ; quelquefois aussi le tremblement.

Le début des accidents est particulièrement intéressant à étudier. Tantôt progressif, presque insensible, à tel point qu'il peut ne pas attirer l'attention du malade ; ou bien brusque, subit une véritable apoplexie hystérique. Il en était ainsi pour trois des malades de Delpech, pour deux de ceux de Bonnet. Chez l'un des deux malades qui font l'objet de la présente communication, voici comment les choses se sont passées : Etant en train de nettoyer une cave contenant du sulfure de carbone avec d'autres ouvriers (qui, eux, n'ont éprouvé aucun accident) et près d'avoir fini son travail, tout à coup il se sent « échauffé aux bourses ». Les ouvriers étaient déjà remontés ; il ne restait plus qu'un seau à enlever ; le malade voulut terminer son travail sans tenir compte de cet avertissement ; mais au moment même où il venait de remonter sur le sol, il ressentit « comme un coup sur la tête » et il tomba sans connaissance. Il sait, par le récit de ses camarades, qu'il est resté ainsi une demi-heure, sans se débattre d'ailleurs, « comme asphyxié ». Ayant repris ses sens, il a pu retourner chez lui à pied, s'est couché, a bien dormi toute la nuit ; le lendemain, au réveil, grands fourmillements dans le membre supérieur droit, et, progressivement, au bout de trois à quatre jours, paralysie de celui-ci ; la jambe droite n'aurait été paralysée que quelques jours plus tard.

Cette sensation éprouvée par le malade aux parties génitales mérite, elle aussi, d'être relevée, car elle semble être spéciale à l'hystérie sulfo-carbonée, et il faut, suivant toute vraisemblance, n'y voir autre chose qu'une véritable *aura* hystérique. Cette aura, tous les ouvriers qui ont affaire au sulfure de carbone la connaissent à merveille ; ils déclarent, en effet, d'une façon unanime, que dès que l'on éprouve au scrotum une sensation anormale, telle que chaleur, froid ou constriction, il faut immédiatement quitter l'ouvrage et aller au grand air, sinon on est exposé à être pris d'accidents plus ou moins graves. Les troubles génitaux sont, d'ailleurs, fréquents dans l'hystérie sulfo-carbonée, et peuvent consister en excitation génitale ou, au contraire, en impuissance ; chez la femme les métrorrhagies sont assez ordinaires.

En résumé, l'apparition de l'hystérie sous l'influence de l'intoxication sulfo-carbonée est tout à fait indéniable, mais on ne saurait prétendre que tous les phénomènes nerveux observés dans cette

intoxication soient de nature hystérique; il y a en effet certains cas de paralysie qui, suivant toute vraisemblance, sont dus à des névrites périphériques. N'est-ce pas une coïncidence singulière que de voir les intoxications qui produisent les névrites périphériques (alcool, plomb, mercure) amener aussi l'hystérie, et ne doit-on pas se demander avec M. Charcot, si, à tout bien considérer, l'hystérie ne reconnaîtrait pas pour cause quelque altération des centres nerveux?

TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE PAR LES CAUTÉRISATIONS ANTISEPTIQUES. — M. *Gaucher*. A la séance du 27 janvier 1888, j'ai communiqué à la Société un nouveau mode de traitement de l'angine diphtéritique par l'ablation des fausses membranes et la cautérisation antiseptique de la muqueuse sous-jacente. J'ai rapporté à ce sujet seize observations d'angines graves toutes guéries par cette thérapeutique et je pourrais en donner une dix-septième plus récente.

M. Dubousquet-Laborderie, de Saint-Ouen, vient d'ajouter à ma statistique quatre-vingt-un cas d'angine diphtéritique, observés dans l'espace de quatre ans et pour lesquels il a employé les cautérisations phéniquées appliquées rigoureusement.

Ces quatre-vingt-un cas se répartissent ainsi : trente enfants en bas âge, trente enfants de 3 à 12 ans et vingt et une personnes de 12 à 46 ans. Il y a eu quatre décès par croup, soit une mortalité de 5 0/0. Tous les cas traités à temps, avant l'extension des fausses membranes au larynx, ont guéri. J'ajoute que les observations ont été prises avec soin, que les diagnostics ne sont pas contestables et que M. Dubousquet a écarté de sa statistique tous les cas douteux. Pour lui, comme pour moi, la principale condition de succès est la fréquence des visites médicales. Elles doivent avoir lieu deux ou trois fois par jour et le traitement doit être appliqué par le médecin lui-même. C'est ce qu'a fait notre confrère, surtout pour les malades du bureau de bienfaisance avec lesquels on est bien plus libre de son action que dans la clientèle privée.

M. Dubousquet n'a pas eu un seul cas de mort chez les adultes, ni chez les enfants au-dessus de cinq ans. L'efficacité moindre du traitement chez les jeunes enfants tient à ce que chez eux l'extension des fausses membranes au larynx est plus rapide, ou, du moins, provoque plus rapidement des accidents de suffocation qui nécessitent la trachéotomie. En revanche, les très jeunes sujets opposent moins de résistance.

On m'avait dit que mon traitement serait inapplicable chez les enfants d'un certain âge. Or, soixante et un des malades de M. Dubousquet avaient moins de douze ans.

Enfin, comme moi, il a constaté qu'il n'y avait pas plus de réaction inflammatoire, pas plus de gêne de la déglutition que par les autres

méthodes. Il n'a pas, non plus, observé d'intoxication phéniquée, bien que les urines fussent noires, preuve que le traitement local est en même temps un traitement général.

Comme technique, j'emploie une solution de 5 à 10 grammes, suivant les cas, d'acide phénique cristallisé, dans 10 grammes d'alcool; sur le conseil de M. Richard, du Val-de-Grâce, j'ajoute maintenant à cette solution 70 centigrammes d'acide tartrique pour la rendre aseptique. Après avoir râclé fortement la gorge avec un pinceau taillé en brosse, de façon à bien enlever les fausses membranes, je badigeonne avec la solution phéniquée. On répète cette manœuvre trois fois par jour. En outre, toutes les deux heures, je fais rincer la gorge avec une solution d'acide phénique au centième.

Je redis à dessein qu'il faut appliquer le traitement énergiquement, tel que je viens de le préciser. C'est généralement beaucoup plus facile dans la classe ouvrière que chez les bourgeois, chez lesquels on ne trouve ni autant de docilité, ni autant d'énergie, ni même autant d'intelligence dans la façon de se faire soigner.

M. *Cadet de Gassicourt.* J'ai expérimenté le traitement de M. Gaucher, à l'hôpital et en ville. Je dois dire que les cautérisations avec sa solution sont parfaitement applicables chez les enfants. Ils crient, mais on y arrive. Il est incontestable aussi qu'elles nettoient parfaitement l'arrière-gorge, un peu plus vite même que la solution d'acide salicylique et de glycérine que j'employais avant (1 gr. d'acide pour 1 gr. de glycérine). En revanche, elles sont un peu plus douloureuses.

Maintenant, il me paraît bien difficile d'admettre que ce traitement réussisse dans tous les cas. Il vient précisément d'échouer entre mes mains, à l'hôpital, dans un de ces cas éminemment toxiques d'emblée contre lesquels tout échoue. Il est vrai que si on avait fait les cautérisations comme le demande M. Gaucher, on avait omis de rincer la gorge avec la solution phéniquée au 1/100. On avait employé simplement l'eau de chaux.

Mais il me paraît probable que la mort doit être rapportée à la gravité exceptionnelle du cas et non à l'omission que j'indique.

M. *Gaucher*. J'ai parlé d'une mortalité de 5 0/0. Je n'ai donc pas dit que le traitement réussissait infailliblement.

M. *Edouard Labbé*. A propos du passage de l'acide phénique dans les urines, M. Gaucher a dit : ce traitement local est donc en même temps un traitement général.

Je trouve cette phrase dangereuse parce qu'elle pourrait inciter les médecins à employer l'acide phénique à l'intérieur, pratique très dangereuse, à mon avis. Il en est de même, pour ne pas dire plus, des pulvérisations phéniquées prolongées, qui peuvent déterminer de véritables intoxications. Sans croire que le traitement de M. Gau-

tempe, et sépare le massif maxillaire supérieur de la mâchoire inférieure.

La mâchoire supérieure présente un développement plus complexe. Nous avons dit déjà que primitivement elle résultait de trois bourgeons : deux latéraux, les deux maxillaires supérieurs, un médian, le bourgeon frontal. Supposons un instant que tout reste à cet état de simplicité et suivons ces deux bourgeons. Supposons que le bourgeon frontal continue par son extension son mouvement de descente et vienne s'interposer entre les deux bourgeons maxillaires. Que va-t-il se passer? C'est qu'à un moment donné ces trois bourgeons arriveront en contact et que la soudure aura lieu. Cette soudure prendra la forme d'un Y renversé. La grande branche résultant de l'union des deux bourgeons maxillaires supérieurs et les deux branches de bifurcation provenant de la soudure des deux mêmes bourgeons avec le coin triangulaire interposé formé par le bourgeou frontal.

Les bourgeons maxillaires supérieurs forment les 2/3 externes de chacune des moitiés de la lèvre supérieure, et la partie correspondante des arcades alvéolaires sous-jacentes, c'est-à-dire jusqu'à et y compris la canine, puis plus profondément la partie horizontale du maxillaire constituant la voûte palatine. Ainsi notre Y se trouve formé en arrière par l'union des deux moitiés labiales de la voûte palatine, grande branche de l'Y ; en avant par deux lignes allant aboutir obliquement, immédiatement au-devant de la canine. Le coin formé par le bourgeon frontal est représenté par l'espace compris entre les deux branches de bifurcation de l'Y et s'appelle l'os inter-maxillaire. Appliquons ce fait au bec-de-lièvre. Que la soudure ne se fasse pas entre les deux prolongements profonds, la voûte palatine est largement ouverte, la bouche communique avec les fosses nasales, c'est la perforation congénitale de la voûte palatine, et du voile du palais qui se développe aux dépens des mêmes bourgeons, c'est une partie de la déformation que l'on a appelée la gueule de loup. Que la soudure entre l'os inter-maxillaire et un des bourgeons maxillaire supérieur ne se fasse pas et on a une fissure labiale et une fissure osseuse siégeant en avant de la canine, entre celle-ci et les dents incisives.

Longtemps et Coste l'avait ainsi dit, Gœthe et encore actuellement Kœlliker le soutiennent, on avait cru que tels étaient le siège et le mode de formation du bec-de-lièvre vulgaire constant, qu'il soit limité aux parties molles ou qu'il se prolonge entre les parties osseuses. Mais Albrecht dans une série de communications a montré que cette opinion qui pendant tant d'années a eu cours et a été admise sans conteste par tous les auteurs était une erreur. Le constater était facile, il suffisait de regarder à quel niveau passait la fissure au niveau

NÉCROLOGIE

Le Dr Mercier (Auguste-Marcellin), de Fontenay-Vendée, ancien sous-commissaire du gouvernement aux Sables-d'Olonne en 1848, maire de Fontenay à divers intervalles depuis 1876, est mort le 7 novembre, à l'âge de 78 ans. M. Mercier a légué à la ville de Fontenay sa bibliothèque.

Le Dr Jacquet (de Lyon), reçu en 1868.

Le Dr Phelippeaux, de St-Savinien (Charente-Inférieure), reçu en 1859.

Pharmaciens. — Nous annonçons le décès de MM. Camus, de Compiègne; Damiens, de Chaumont-en-Vexin (Oise); Jugeat et Loretti, Paris; Dolque, de Nîmes; Guéret, d'Honfleur; Mailho, de Bordeaux; Machez, de Courrières (Pas-de-Calais); Lemaire, de Béthune, et pharmacien principal de première classe. (*Arch. de pharmacie*.)

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie.* — M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le jeudi 15 novembre 1888, à 4 heures (petit Amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

— *Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le professeur Alfred Fournier commencera le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, le vendredi 16 novembre 1888, à 9 heures du matin (hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Ordre du cours : les mardis, leçons au lit des malades; les vendredis, leçons à l'Amphithéâtre (10 heures).

Hôpitaux de Nantes. — *Concours d'internat et d'externat.* — A la suite de concours ouverts à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 22 octobre dernier, pour l'internat et l'externat, ont été nommés par ordre de mérite :

Internes. — MM. Monnier, Briton, Chevalier, Brindeau, Allain, Brianceau, Renoul, Gouraud, Leray, Sureau, Neveu-Dérotrie.

Internes provisoires. — MM. Sourdille, Bellouard, Tulasne.

Externes. — MM. Loréal, Lapeyre, Retaillau, Müller, Lepoir, Texier, Galard Guilbaud, Le Coquil, Acher-Dubois, Tremant, Le Même, Brindejonc, Voyer, Derien, Lelsjoin.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

—

Séance du 9 *novembre* 1888. — Présidence de M. Siredey.

Hystérie dans l'intoxication par le sulfure de carbone. — M. *P. Marie* a eu l'occasion d'observer récemment deux cas d'hémiplégie hystérique manifeste chez des ouvriers employés dans une fabrique de sulfure de carbone. Dans ces deux cas, le diagnostic hystérie ne pouvait faire le moindre doute; l'hémianesthésie, le rétrécissement du champ visuel avec macropsie et micropsie étaient des plus caractéristiques ainsi que tout l'aspect des accidents en question.

Les auteurs qui se sont occupés des symptômes de l'intoxication sulfo-carbonée sont tout à fait d'accord avec M. Marie au point de vue symptomatique, mais aucun de ces auteurs cependant n'a eu l'idée qu'il pouvait s'agir là d'hystérie.

Le tableau de l'hystérie toxique sulfo-carbonée est donc à faire. Les deux observations de M. Marie et celles contenues dans les travaux de MM. Delpech, Bonnet, Augnin, etc., permettent d'en donner une esquisse.

Les troubles de la sensibilité sont ordinairement très marqués : troubles de la sensibilité générale et de la sensibilité spéciale. Les premiers consistent en hémianesthésie plus ou moins complète, ou en anesthésies limitées, et alors ce n'est pas suivant le territoire de tel ou tel nerf qu'elles sont localisées, mais d'après une ligne circulaire passant par la racine du membre (anesthésie en gigot signalée par M. le professeur Charcot dans l'hystérie traumatique). Quelquefois, au lieu d'anesthésie, c'est de l'hyperesthésie que l'on rencontre.

Pour les sens spéciaux, l'auteur signale du côté de l'œil l'anesthésie de la cornée, la diminution de la vision, le rétrécissement du champ visuel, la polyopie monoculaire, la macropsie, la micropsie ; de même. diminution de l'ouïe, de l'odorat, du goût.

Les troubles moteurs sont parallèles à ceux de la sensibilité. On rencontre l'hémiplégie, la paraplégie ou les paralysies limitées — ces dernières n'occupant, elles non plus, le territoire d'aucun nerf moteur, d'aucun groupe musculaire anatomiquement défini, mais un membre tout entier ou un segment de membre, comme cela se voit dans l'hystéro-traumatisme. Un trouble moteur fréquent dans l'hystérie sulfo carbonée est l'hémispasme glosso-labié. Chose singulière, bien qu'ils n'en connussent nullement la valeur symptomatique, tous les auteurs ont remarqué ce phénomène et en signalent l'existence.

Enfin, mais plus rarement (3 observations de Delpech), les atta-

intoxication soient de nature hystérique; il y a en effet certains cas de paralysie qui, suivant toute vraisemblance, sont dus à des névrites périphériques. N'est-ce pas une coïncidence singulière que de voir les intoxications qui produisent les névrites périphériques (alcool, plomb, mercure) amener aussi l'hystérie, et ne doit-on pas se demander avec M. Charcot, si, à tout bien considérer, l'hystérie ne reconnaîtrait pas pour cause quelque altération des centres nerveux?

TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE PAR LES CAUTÉRISATIONS ANTISEPTIQUES. — M. *Gaucher*. A la séance du 27 janvier 1888, j'ai communiqué à la Société un nouveau mode de traitement de l'angine diphtéritique par l'ablation des fausses membranes et la cautérisation antiseptique de la muqueuse sous-jacente. J'ai rapporté à ce sujet seize observations d'angines graves toutes guéries par cette thérapeutique et je pourrais en donner une dix-septième plus récente.

M. Dubousquet-Laborderie, de Saint-Ouen, vient d'ajouter à ma statistique quatre-vingt-un cas d'angine diphtéritique, observés dans l'espace de quatre ans et pour lesquels il a employé les cautérisations phéniquées appliquées rigoureusement.

Ces quatre-vingt-un cas se répartissent ainsi : trente enfants en bas âge, trente enfants de 3 à 12 ans et vingt et une personnes de 12 à 46 ans. Il y a eu quatre décès par croup, soit une mortalité de 5 0/0. Tous les cas traités à temps, avant l'extension des fausses membranes au larynx, ont guéri. J'ajoute que les observations ont été prises avec soin, que les diagnostics ne sont pas contestables et que M. Dubousquet a écarté de sa statistique tous les cas douteux. Pour lui, comme pour moi, la principale condition de succès est la fréquence des visites médicales. Elles doivent avoir lieu deux ou trois fois par jour et le traitement doit être appliqué par le médecin lui-même. C'est ce qu'a fait notre confrère, surtout pour les malades du bureau de bienfaisance avec lesquels on est bien plus libre de son action que dans la clientèle privée.

M. Dubousquet n'a pas eu un seul cas de mort chez les adultes, ni chez les enfants au-dessus de cinq ans. L'efficacité moindre du traitement chez les jeunes enfants tient à ce que chez eux l'extension des fausses membranes au larynx est plus rapide, ou, du moins, provoque plus rapidement des accidents de suffocation qui nécessitent la trachéotomie. En revanche, les très jeunes sujets opposent moins de résistance.

On m'avait dit que mon traitement serait inapplicable chez les enfants d'un certain âge. Or, soixante et un des malades de M. Dubousquet avaient moins de douze ans.

Enfin, comme moi, il a constaté qu'il n'y avait pas plus de réaction inflammatoire, pas plus de gêne de la déglutition que par les autres

sera à l'Académie les résultats que lui a donnés le strophantus qu'il emploie avec beaucoup de succès depuis plus d'un an.

Cette séance s'est terminée par la lecture d'un long et remarquable rapport de M. Mesnet sur les mémoires envoyés pour le concours du prix Falret. Le sujet était : des rapports de la syphilis avec la paralysie générale. A. Ch.

THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Du bec-de-lièvre compliqué,

Par le Dr F. Verchère

Ancien chef de clinique chirurgicale.

(*Suite*) (1).

Où passe donc la fissure commune ? le bec-de-lièvre proprement dit ? A travers l'inter-maxillaire, nous répond Albrecht, et nous démontre Broca. Pour le bien comprendre, reprenons le bourgeon frontal médian et que nous avons supposé simple. Il n'en est rien. Le bourgeon frontal se divise en deux bourgeons secondaires, les bourgeons incisifs. Puis chacun de ces bourgeons incisifs se divise à son tour en deux nouveaux prolongements, qui constituent les deux bourgeons nasaux internes et les deux bourgeons nasaux externes. De là pour former le coin qui s'interpose entre les branches de notre Y, quatre bourgeons séparés par trois fentes. Une médiane, résultat de la coalescence des deux nasaux internes, et deux obliques, résultat de la coalescence de chacun des nasaux externes avec le nasal interne correspondant. Chacune de ses soudures peut ne pas se faire, d'où production d'une fissure, production d'un bec-de-lièvre.

Dire quels organes sont produits par chacun de ces bourgeons, c'est délimiter la direction et le siège du bec-de-lièvre. Les deux bourgeons nasaux internes forment la partie médiane de la lèvre, la cloison nasale, la partie médiane de l'arcade alvéolaire comprenant normalement deux et parfois dans certains cas exceptionnels chez l'homme, normaux chez certains animaux, quatre incisives. Ils se réunissent par leurs bords internes, et par leur non-coalescence peuvent déterminer la formation d'une fissure médiane, dont Albrecht n'a pas trouvé d'exemple, mais dont Witzel et Kundrat, et A. Broca ont publié chacun un cas.

Les deux bourgeons nasaux externes soudés en dedans avec le bourgeon interne correspondant donnent naissance à une incisive de chaque côté, incisive précanine. Ils se soudent en dehors avec le

(1) Voir *France médicale* n. 133.

cher puisse présenter ce danger, je pense cependant qu'il faudrait le manier avec prudence, ne pas trop râcler la gorge, de façon à ne pas enlever l'épithélium en enlevant la fausse membrane, car c'est ouvrir la porte à l'infection diphtéritique.

Au surplus, on se rappelle que Trousseau a préconisé les cautérisations à l'acide chlorhydrique et qu'elles n'ont jamais réussi.

M. *Gaucher*. Je connais cependant un cas très authentique où elles ont parfaitement réussi. C'est le mien. Du reste on ne peut pas assimiler un caustique simple comme l'acide chlorhydrique à un caustique antiseptique comme l'acide phénique.

En ce qui concerne le danger des pulvérisations phéniquées, il faut croire que les craintes de M. Labbé sont fort exagérées, puisqu'il y a eu toute une méthode de traitement basée précisément sur ces pulvérisations.

Quant au danger qui pourrait résulter de l'absorption d'une certaine quantité d'acide phénique, à la suite des cautérisations, jamais nous ne l'avons noté, M. Dubousquet et moi, dans nos 99 observations.

Enfin, pour ce qui concerne la rupture de l'épithélium dans le râclage des fausses membranes, je répondrai à M. Labbé qu'il est bien difficile d'enlever les fausses membranes sans toucher à l'épithélium, par cette bonne raison que l'épithélium est pénétré par elles. Au surplus quel inconvénient peut-il en résulter ? Un seul est possible, celui d'ouvrir une porte à l'infection diphthéritique. Mais il ne faut pas oublier qu'on emploie précisément des liquides antiseptiques, qui préviennent cette infection.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Dans le compte rendu de la séance du 6 novembre de la Société de chirurgie, n° 132, page 1,598, ligne 10, la communication de M. Routier doit être rectifiée en ces termes :

M. *Routier* a communiqué au dernier Congrès de chirurgie trois opérations d'hystérectomie vaginale. Depuis il a opéré quatre autres malades. De ces 7 opérées, 4 portaient des cancers de la muqueuse du corps de l'utérus. Le col était sain.

Pas une n'est morte de l'opération.

Au point de vue de la survie, je ne parlerai que des cas de cancer; voici ce qu'ils m'ont donné : Une malade est morte au bout de 6 mois : carcinose généralisée. Les trois autres vont très bien, rien ne fait redouter une récidive et si je compte aujourd'hui 13 mois, 8 mois 1/2, 7 mois 1/2 de survie pour ces malades, ce sont des chiffres provisoires et qui s'accroîtront.

De même, si on a affaire à un bec-de-lièvre bi-latéral antérieur, on se rend compte facilement que le bourgeon médian incisif, sera constitué par les deux bourgeons nasaux internes, devenus libres, appendus, soudés ensemble au lobule du nez; et qu'en arrière la branche verticale de l'Y non réunie constituera une large communication entre les fosses nasales et la bouche, la gueule de loup sera constituée. Il est possible d'après le même examen de comprendre, suivant que la ligne de réunion sera plus ou moins incomplète, comment il pourra y avoir division totale de la voûte palatine et du voile du palais; ou qu'au contraire celle-ci pourra être réduite à un simple pertuis ou à une fente peu étendue.

Toutes ces considérations nous dispensent de décrire davantage le bec-de-lièvre complexe tel que nous l'avons défini, et tel que nous avions besoin de le connaître afin de pouvoir étudier son traitement avec fruit.

Le bec-de-lièvre complexe n'est qu'une des *complications* du bec-de-lièvre. Et pour être complet et répondre au titre que nous avons mis en tête de cette étude, nous devons énumérer quelles sont ces autres complications. Elles sont dues à des manières d'être spéciales des parties molles; à la prolongation de la fissure labiale plus ou moins haute, qui a pu déterminer la bifidité du lobe ou des ailes du nez. Au niveau de la lèvre inférieure, il peut exister deux petits pertuis siégeant de chaque côté de la ligne médiane, et conduisant dans un trajet sous-muqueux. (Demarquay, Richet, Rose). Ces deux petits pertuis ont été vus aussi accompagnant un bec-de-lièvre de la lèvre supérieure. Dans certains cas ils ont pu être accompagnés d'un véritable renversement de la lèvre. On a pu rapprocher de cette malformation une fente transversale (Lannelongue) profonde de un centimètre à peu près, occupant le bord libre de la lèvre inférieure et qui pouvait être regardée comme la réunion de ces deux pertuis. Enfin nous devons tout particulièrement insister sur la présence d'adhérences complètes, parfois de confusion (pourrions-nous dire), entre la lèvre et la gencive. Cette adhérence a pu avoir les conséquences les plus fâcheuses dans certaines opérations et a dû déterminer MM. Verneuil, Richet, Broca à conseiller des procédés particuliers pour éviter ces dangers qui ont pu être mortels dans certains cas. Ces adhérences moins graves, ou tout au moins auxquelles il est plus facile de remédier dans les cas de bec-de-lièvre unilatéral, deviennent des obstacles très gênants à l'opération lorsque le bec-de-lièvre est double et presque toujours alors elles existent. Le lobule médian est alors très court, et très adhérent par sa face postérieure et ne peut qu'à grand'peine être mobilisé. Dans quelques cas, il est à

l'état rudimentaire et ne peut être d'aucune utilité pour la réfection de la lèvre supérieure.

Au point de vue du traitement du bec-de-lièvre compliqué, nous avons donc à envisager deux ordres de complications, celles tenant à des complications osseuses (bec-de-lièvre complexe) et celles tenant aux parties molles.

Les complications osseuses peuvent être de natures différentes ; nous avons signalé l'écartement plus ou moins grand des pièces osseuses qui auraient dû se réunir pendant la vie embryonnaire, mais nous devons aussi signaler la différence des positions occupées par ces diverses pièces osseuses. Ainsi dans presque tous les cas de becs-de-lièvre complexes unilatéraux, la pièce osseuse médiane proémine et chevauche sur la pièce externe. Elle est souvent augmentée de volume par rapport à l'autre qui, au contraire, est atrophiée, déformée, et semble se cacher derrière la première. On conçoit toutes les difficultés opératoires qui peuvent résulter de semblables positions et comment ce n'est souvent qu'au prix de résections étendues, de véritables délabrements osseux que l'on peut, en diminuant le volume du squelette, trouver assez de parties molles pour dissimuler la fissure profonde.

Les complications tenant aux parties molles peuvent exister dans le bec-de-lièvre simple, unilatéral ou double, mais plus souvent elles viennent elles-mêmes compliquer un bec-de-lièvre complexe.

Tout bec-de-lièvre, telle est tout au moins la doctrine moderne, doit être opéré. A quelle époque convient-il de le faire, telle est la première question que nous devons nous poser à l'égard du bec-de-lièvre compliqué en particulier, que nous avons spécialement en vue. Cette question a été différemment résolue suivant les époques et suivant les auteurs.

Nous ne rentrerons pas dans la discussion et, avec Demarquay, nous dirons à propos de cette discussion même que « les conditions opératoires changent à chaque instant, suivant l'espèce de bec-de-lièvre à laquelle on a affaire et suivant l'âge et la force de l'enfant. En effet, opérer un bec-de-lièvre simple, unilatéral ou opérer un bec-de-lièvre double avec saillie de l'os inter-maxillaire, est chose bien différente. » Depuis Ambroise Paré et Franco, on n'opérait le bec-de-lièvre que lorsque l'enfant était âgé de 5 à 6 ans. Desault, Boyer et les membres de l'Académie de chirurgie professaient les mêmes principes, mais d'autres auteurs et en particulier Roonhuysen, dès le XVIIe siècle, préconisent l'opération hâtive dès les premiers jours de la naissance. Voici, d'après les auteurs du Compendium, le résumé des opinions émises à cet égard :

1° Opération hâtive dès les premiers jours de la naissance : Dubois, Danyau, Depaul, Giraldès et Désormeaux ;

2 Opération hâtive, mais reculée de un à trois mois : Dupuytren, Velpeau, Guersant ; toutefois, suivant les auteurs du Compendium, cette période peut se prolonger pendant la période de l'allaitement ;

3° Depuis l'âge de quinze à dix-huit mois jusqu'à l'âge de quatre à cinq ans : dans cette période, les conditions pour la réunion sont favorables, mais on a à craindre l'indocilité de l'enfant ;

4° A partir de l'âge de quatre à cinq ans, on peut compter sur la docilité de l'enfant, la réunion se fait bien, seulement il reste souvent une petite encoche et la difformité est moins bien corrigée.

Les auteurs du Compendium ajoutent que les chances de succès augmentent à mesure qu'on s'éloigne de la naissance et que si le chirurgien est libre de choisir son moment, s'il n'est pas poussé par les exigences des parents ou d'autres considérations, « il devra toujours retarder jusqu'à l'âge de quatre ou cinq ans, comme Dionis, Garengeot, Boyer. »

Ces principes s'appliquent d'autant mieux qu'on aura affaire à un bec-de-lièvre compliqué. En effet, il faut bien savoir que, dans ces cas, l'opération est sérieuse, exige de grands délabrements osseux parfois, et que tous les dangers de suffocation, par suture et diminution des narines (Verneuil), d'hémorrhagie (Broca, Verneuil), sont à leur comble et par suite d'autant plus à redouter chez le jeune enfant. Il semble admis actuellement qu'un bec-de-lièvre simple, unilatéral, si le chirurgien est fortement sollicité, peut être opéré sans grand inconvénient au moment de la naissance ou dans les premiers mois qui suivent ; mais pour le bec-de-lièvre compliqué, il n'en est plus de même. Dans tous les cas, même dans ceux où l'enfant est vigoureux et bien constitué, à moins d'indications particulières, il sera bon d'attendre que l'enfant ait 3 ou 4 ans. Jusque-là on pourra, si l'on veut, essayer d'enrayer l'écartement osseux à l'aide d'un appareil compresseur. La mortalité considérable que l'on a, si l'on ne se conforme à cette règle, a été récemment constatée à un Congrès de chirurgiens allemands (1883), et ceux-ci, jusqu'alors partisans de l'intervention immédiate (O. Weber, Kœnig), sont devenus aujourd'hui moins enthousiastes (Trendelenburg, Eigenbrodt, Hoffa, Gotthelf) (Jamain et Terrier).

Il est cependant certains cas où il est possible d'hésiter. Ce sont ceux dans lesquels, par la difformité même, la vie de l'enfant est compromise. L'allaitement naturel est difficile, sinon impossible. L'opération hâtive pourrait favoriser le rapprochement des arcades dentaires et des apophyses palatines. A la langue, seul agent de suc-

cion de l'enfant, viendrait se joindre la lèvre supérieure reconstituée, puis, plus tard, la voûte palatine.

Dans ces cas, si l'enfant est bien constitué, si l'opération ne paraît pas devoir être trop difficile, c'est-à-dire s'il n'y a pas trop grand écartement de la voûte palatine, si le maxillaire ne chevauche pas d'une façon excessive dans un bec-de-lièvre unilatéral, ou si le bourgeon médian n'est pas trop saillant dans un bec-de-lièvre double, on pourra tenter d'intervenir hâtivement. En cas contraire, il faudrait s'abstenir. En effet, l'intervention ne pourrait modifier l'état de l'enfant, puisqu'on ne pourrait espérer de corriger le vaste écartement de la voûte palatine, et ne pourrait, par suite, faciliter la nutrition de l'enfant. Il faudra donc avoir recours à un appareil particulier qui permette à l'enfant de s'alimenter jusqu'au jour où il sera opérable. L'appareil de Blandin décrit par Demarquay rend à cet égard les plus grands services. Cet appareil exerce une pression latérale sur chaque joue, et permet à l'aide d'une petite bande de linge fixée sur les pelotes, d'exercer une douce pression sur la saillie qui forme l'os inter-maxillaire.

En résumé, voici les trois conclusions auxquelles s'arrête Demarquay dans ce qui a trait au bec-de-lièvre compliqué. « On peut opérer les enfants naissants affectés du bec-de-lièvre simple ou double avec division de la voûte palatine, si on peut facilement obtenir l'affrontement des parties.

« Dans ces conditions, l'opération peut être faite dans les premiers jours ou dans les premiers mois qui suivent la naissance de l'enfant. Quand le bec-de-lièvre unilatéral ou double est compliqué d'un écartement considérable de la voûte palatine avec saillie soit du maxillaire droit, soit du bourgeon inter-maxillaire, il est plus sage d'attendre et de chercher à diminuer l'écartement des deux os ou les saillies anormales à l'aide de l'appareil de Blandin, attendu que les opérations sanglantes que le chirurgien est obligé de faire pour favoriser le rapprochement des parties expose à des hémorrhagies quelquefois mortelles, comme Dupuytren et Roux l'ont observé. Dans ces conditions, il vaut mieux attendre une époque plus favorable. »

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 *novembre* 1888. — *Présidence de* M. Hérard.

La Correspondance comprend : 1° une lettre de M. le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, qui transmet un rapport de M. Lejars sur sa mission, relative à l'enseignement de la chirurgie et de l'anatomie dans les universités de langue allemande (ce rapport est renvoyé à une commission composée de MM. Verneuil, Polaillon et Léon Le Fort) ; 2° une lettre de M. Guimet, qui invite les membres de l'Académie à visiter le musée qui porte son nom ; 3° une lettre de M. Pourtalé, médecin vétérinaire à Carbon-Blanc (Gironde), qui adresse un mémoire relatif au traitement de la rage. (Comm. : M. Trasbot.

Anévrysme artério-veineux de la carotide interne. Ligature de la carotide primitive. Guérison. — M. *Le Fort* présente une malade qui était atteinte d'anévrysme de l'artère carotide interne dans le sinus caverneux, après un coup de pied de cheval. M. Le Fort a fait la ligature de la carotide primitive droite. La malade, opérée le 31 mai, est actuellement guérie. Il lui reste un peu d'exophthalmie à droite, un bruit de rouet perçu par la malade, mais le bruit ne la gêne pas et ne l'empêche pas de dormir.

Il y a eu 4 cas authentiques d'anévrysmes de la carotide interne dans le sinus caverneux, dont deux non diagnostiqués pendant la vie, et deux diagnostiqués pendant la vie par Nélaton, peut-être un cinquième cas de Velpeau pris comme tumeur pulsatile de l'orbite.

M. Le Fort passe en revue les caractères trouvés à l'autopsie, les symptômes, le diagnostic, les causes et le traitement. Dans les deux cas de Nélaton et dans un cas d'Hirschfeld, il y a eu mort, dans le cas de Velpeau, il y a eu ligature de la carotide sans résultat ; l'observation de M. Le Fort est donc le premier cas de guérison.

Absinthisme et épilepsie. — M. *Laborde* répond à la note de M. Mairet, présentée par M. Dujardin-Beaumetz dans la dernière séance. M. Mairet a constaté en somme que l'ingestion de la liqueur d'absinthe pouvait entraîner des attaques d'épilepsie. M. Laborde ne peut admettre que ces attaques d'épilepsie soient dues à l'alcool de vin rectifié; il demande au moins grâce pour cet alcool.

Médicaments cardiaques. Le strophantus. — M. *G. Sée* lit un mémoire en son nom et au nom de M. E. Gley, son chef de laboratoire.

Il s'est servi pour ses expériences d'un produit extrait par M. Wurtz du strophantus Kombé, la strophantine, qu'il faut distinguer de la strophantine trouvée dans le laboratoire de M. Chevreul par M. Arnaud.

M. Sée étudie l'action de la strophantine sur le système nerveux moteur et sensitif, sur la respiration, sur le cœur et la circulation.

Les phénomènes cardio-vasculaires observés sont les suivants : dans une première période, ralentissement du cœur plus ou moins marqué, élévation considérable de la pression, puis le cœur s'accélère souvent pendant quelques instants ; dans une deuxième période qui dure jusqu'à l'arrêt du cœur, irrégularité du cœur, courtes phases d'accélération, ralentissement plus persistant, la pression restant pendant tout ce temps très élevée, puis une action vasomotrice directe.

Cette vaso-constriction, qui constitue un des phénomènes essentiels de la strophantine, est d'ailleurs très générale. Elle n'est pas douteuse. Reste à savoir par quel mécanisme la strophantine agit.

Si l'on fait la section du bulbe, on obtient encore ce phénomène de vaso-constriction, mais atténué. La vaso-constriction dépend en partie du bulbe, en partie des vaso-moteurs, en partie des nerfs contenus dans les vaisseaux eux-mêmes ; on n'obtient rien du côté du nerf vague ou du côté des nerfs sympathiques.

La circulation du rein est modifiée sous l'influence de cette vaso-constriction. Les reins sont très congestionnés, ce qui a fait croire à MM. Mairet et Combemale que ce médicament était dangereux pour les reins, mais il n'en est rien.

Un malade quelconque, atteint d'une affection du cœur quelconque, étant soumis à 1/5 de milligr. de strophantine à 2/5 et à 3/5 de milligr. éprouve un énorme accroissement de la systole cardiaque. Le tracé sphygmographique montre que le pouls, d'abord irrégulier, déprimé de toute façon, se relève ; il semble qu'il y ait une véritable renaissance de l'individu.

M. G. Sée a proposé il y a trois ans un médicament qui a eu beaucoup plus de succès à l'étranger qu'en France. La spartéine est un médicament toni-cardiaque des plus remarquables. Eh bien, la strophantine a une action comparable à celle de la spartéine.

La digitaline, a-t-on dit, est plus toni-cardiaque que la strophantine, c'est faux. On a dit aussi que la digitale était inférieure à la strophantine parce qu'elle ouvrait une action vaso-constrictive et la strophantine une action vaso-dilatatrice, c'est juste l'inverse qui est vrai.

M. Sée a employé la strophantine chez 22 malades à l'hôpital. Dans les lésions mitrales, le rétrécissement mitral a seul été modifié. Cela n'a rien fait dans la plupart des cas d'insuffisance mitrale et de lésions aortiques. Dans le rétrécissement mitral, au contraire, l'effet toni-cardiaque a été merveilleux, même dans les cas où il y avait de l'asystolie. Il en a été de même dans les dilatations du cœur

et dans certaines hypertrophies. Dans l'angine de poitrine cela a donné un résultat aussi mauvais que possible.

Voilà ce que M. Sée avait à dire de la strophantine.

Maintenant quelques mots du strophantus. Plusieurs variétés de strophantus ont disparu du sol. Le strophantus hispidus a été étudié depuis longtemps, par Vulpian, par M. Polaillon, par M. Hardy, en Angleterre, puis par M. Fraser, qui a inventé le médicament, a fait des expériences avec la teinture de strophantus, ce qui ne pouvait rien donner.

Le strophantus a donné des conclusions très favorables, mais en contradiction formelle avec celles de M. G. Sée. Sur 22 malades, 11 n'ont rien obtenu, 4 malades atteints d'affections valvulaires ont eu une amélioration passagère, 3 ont eu une amélioration prolongée : c'étaient des malades sans lésions valvulaires, les autres malades étaient des brigthiques, etc.

M. Sée analyse ensuite les travaux allemands, quelques travaux français, ceux de MM. Bucquoy et Dujardin-Beaumetz, puis arrive aux travaux parus en Belgique où l'on est très enthousiaste et où malheureusement les cas publiés ne sont pas suffisamment précis.

En Italie, il y a eu, dans le journal quotidien de M. Semmola, de nombreux articles sur le strophantus, mais M. Sée n'a pu rien en tirer.

M. Sée demande donc à ceux qui ont expérimenté le strophantus, en particulier à M. Bucquoy, la solution relative au strophantus. Quant à la strophantine, il maintient que c'est un merveilleux médicament.

M. Bucquoy emploie depuis plus d'un an le strophantus à l'hôpital et en ville et il en a obtenu les meilleurs résultats, il y reviendra du reste dans une des prochaines séances en apportant des documents à l'appui.

M. *Dujardin-Beaumetz* veut dire un seul mot. Il ne faut pas prescrire la strophantine, parce qu'il n'y en a pas deux comme l'a dit M. Sée, mais au moins cinq. On comprend l'embarras des pharmaciens, si nous prescrivions la strophantine. Reste le strophantus qui est un excellent médicament, souvent meilleur que la digitale. Pour le strophantus lui-même, on est très souvent indécis à cause de la différence d'origine des strophantus. C'est pour cela que M. Dujardin-Beaumetz insiste sur la nécessité de désigner la teinture que l'on veut prescrire. Pour lui il préconise la teinture française au cinquième, qui est au même titre que toutes les teintures de la pharmacopée française.

PRIX FALRET. — M. *Mesnet* lit son rapport sur les mémoires envoyés pour le concours du prix Falret. Le sujet du concours était:

Des rapports de la syphilis avec la paralysie générale. Les conclusions de ce rapport seront lues en comité secret.

A 5 heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions du précédent rapport et la lecture du rapport de M. Constantin Paul sur le concours du prix Saint-Paul.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 19 au 24 novembre 1888.

Lundi 19. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Fournier, Reynier. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Guyon, Budin, Reclus.

Mardi 20. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Berger, Quénu. — 4e examen, doctorat : MM. G. Sée, Raymond, Troisier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Panas, Peyrot, Maygrier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (1re série) : MM. Jaccoud, Cornil, Joffroy. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (2e série) : MM. Grancher, Lancereaux, Hutinel.

Mercredi 21. — Médecine opératoire : MM. Bouilly, Jalaguier, Segond. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, A. Robin. — 4e examen, doctorat : MM. Damaschino, Straus, Chauffard.

Jeudi 22. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Peyrot, Raymond. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. G. Sée, Bouchard, Troisier. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Tarnier, Brun.

Vendredi 23. — 1er examen, doctorat : MM. Regnauld, Gariel, Villejean. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Bouilly, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Trélat, Budin, Segond. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (1re série) : MM. Potain, A. Robin, Brissaud. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Straus, Landouzy, Dejerine.

Samedi 24. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Peter, Ball, Hanot. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Duplay, Tarnier, Schwartz. — 4e examen, doctorat : MM. Bouchard, Dieulafoy, Ballet.

Thèses pour le doctorat. — *Jeudi* 22, à 1 heure. — M. Cordier : Contribution à l'étude des plaies pénétrantes de l'abdomen et de leur traitement (spécialement des plaies par armes à feu). *Président* :

M. Duplay. — M. Loris-Mélikoff : Étude sur l'organisation de l'Hôpital-Baraque Alexandre de Saint-Pétersbourg. *Président* : M. Proust.

NOUVELLES

Ecole de médecine de Marseille. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, est rapporté l'arrêté du 9 octobre 1888 portant qu'un concours s'ouvrira le 12 avril 1889, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Ecole de médecine de Rouen. — *Concours pour un emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.* — Par arrêté ministériel en date du 26 septembre 1888, un concours s'ouvrira le 5 avril 1889, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Asiles du département de la Seine. — *Concours pour trois places d'interne en pharmacie dans les asiles de la Seine.* — Un concours s'ouvrira le lundi 26 novembre, à l'asile Sainte-Anne, pour la nomination à trois places d'interne titulaire en pharmacie, vacantes dans les asiles d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard et Vaucluse). Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, bureau du personnel, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures.

Mérite agricole. — Par arrêté du ministre de l'agriculture, sont nommés chevaliers du Mérite agricole :

M. le Dr de Lavenay, conseiller général et maire de Dosigny (Haute-Savoie).

M. Comoz, médecin à Rumilly (Haute-Savoie).

M. le Dr Langlet, organisateur du réseau général des égouts de Reims.

Cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire. — Le Dr Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera ce cours le lundi 19 novembre à 5 heures, amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique et le continuera les mercredis et lundis à la même heure.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. — N° 135. SAMEDI 17 NOVEMBRE 1888.

LA

RANCE MÉDICALE

REAUX
abonne chez
IER et BABÉ
Place
de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
ages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 *novembre* 1888. — *Présidence de* M. HÉRARD.

LA CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre de M. le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, qui transmet un rapport de M. Lejars sur sa mission, relative à l'enseignement de la chirurgie et de l'anatomie dans les universités de langue allemande (ce rapport est renvoyé à une commission composée de MM. Verneuil, Polaillon et Léon Le Fort) ; 2° une lettre de M. Guimet, qui invite les membres de l'Académie à visiter le musée qui porte son nom ; 3° une lettre de M. Pourtalé, médecin vétérinaire à Carbon-Blanc (Gironde), qui adresse un mémoire relatif au traitement de la rage. (Comm. : M. Trasbot.

ANÉVRYSME ARTÉRIO-VEINEUX DE LA CAROTIDE INTERNE. LIGATURE DE LA CAROTIDE PRIMITIVE. GUÉRISON. — M. *Le Fort* présente une malade qui était atteinte d'anévrysme de l'artère carotide interne dans le sinus caverneux, après un coup de pied de cheval. M. Le Fort a fait la ligature de la carotide primitive droite. La malade, opérée le 31 mai, est actuellement guérie. Il lui reste un peu d'exophthalmie à droite, un bruit de rouet perçu par la malade, mais le bruit ne la gêne pas et ne l'empêche pas de dormir.

Il y a eu 4 cas authentiques d'anévrysmes de la carotide interne dans le sinus caverneux, dont deux non diagnostiqués pendant la vie, et deux diagnostiqués pendant la vie par Nélaton, peut-être un cinquième cas de Velpeau pris comme tumeur pulsatile de l'orbite.

M. Le Fort passe en revue les caractères trouvés à l'autopsie, les symptômes, le diagnostic, les causes et le traitement. Dans les deux cas de Nélaton et dans un cas d'Hirschfeld, il y a eu mort, dans le cas de Velpeau, il y a eu ligature de la carotide sans résultat; l'observation de M. Le Fort est donc le premier cas de guérison.

ABSINTHISME ET ÉPILEPSIE. — M. *Laborde* répond à la note de M. Mairet, présentée par M. Dujardin-Beaumetz dans la dernière séance. M. Mairet a constaté en somme que l'ingestion de la liqueur d'absinthe pouvait entraîner des attaques d'épilepsie. M. Laborde ne peut admettre que ces attaques d'épilepsie soient dues à l'alcool de vin rectifié; il demande au moins grâce pour cet alcool.

MÉDICAMENTS CARDIAQUES. LE STROPHANTUS. — M. *G. Sée* lit un mémoire en son nom et au nom de M. E. Gley, son chef de laboratoire.

Il s'est servi pour ses expériences d'un produit extrait par M. Wurtz du strophantus Kombé, la strophantine, qu'il faut distinguer de la strophantine trouvée dans le laboratoire de M. Chevreul par M. Arnaud.

M. Sée étudie l'action de la strophantine sur le système nerveux moteur et sensitif, sur la respiration, sur le cœur et la circulation.

Les phénomènes cardio-vasculaires observés sont les suivants : dans une première période, ralentissement du cœur plus ou moins marqué, élévation considérable de la pression, puis le cœur s'accélère souvent pendant quelques instants ; dans une deuxième période qui dure jusqu'à l'arrêt du cœur, irrégularité du cœur, courtes phases d'accélération, ralentissement plus persistant, la pression restant pendant tout ce temps très élevée, puis une action vaso-motrice directe.

Cette vaso-constriction, qui constitue un des phénomènes essentiels de la strophantine, est d'ailleurs très générale. Elle n'est pas douteuse. Reste à savoir par quel mécanisme la strophantine agit.

Si l'on fait la section du bulbe, on obtient encore ce phénomène de vaso-constriction, mais atténué. La vaso-constriction dépend en partie du bulbe, en partie des vaso-moteurs, en partie des nerfs contenus dans les vaisseaux eux-mêmes ; on n'obtient rien du côté du nerf vague ou du côté des nerfs sympathiques.

La circulation du rein est modifiée sous l'influence de cette vaso-constriction. Les reins sont très congestionnés, ce qui a fait croire à MM. Mairet et Combemale que ce médicament était dangereux pour les reins, mais il n'en est rien.

Un malade quelconque, atteint d'une affection du cœur quelconque, étant soumis à 1/5 de milligr. de strophantine à 2/5 et à 3/5 de milligr. éprouve un énorme accroissement de la systole cardiaque. Le tracé sphygmographique montre que le pouls, d'abord irrégulier, déprimé de toute façon, se relève ; il semble qu'il y ait une véritable renaissance de l'individu.

M. G. Sée a proposé il y a trois ans un médicament qui a eu beaucoup plus de succès à l'étranger qu'en France. La spartéine est un médicament toni-cardiaque des plus remarquables. Eh bien, la strophantine a une action comparable à celle de la spartéine.

La digitaline, a-t-on dit, est plus toni-cardiaque que la strophantine, c'est faux. On a dit aussi que la digitale était inférieure à la strophantine parce qu'elle ouvrait une action vaso-constrictive et la strophantine une action vaso-dilatatrice, c'est juste l'inverse qui est vrai.

M. Sée a employé la strophantine chez 22 malades à l'hôpital. Dans les lésions mitrales, le rétrécissement mitral a seul été modifié. Cela n'a rien fait dans la plupart des cas d'insuffisance mitrale et de lésions aortiques. Dans le rétrécissement mitral, au contraire, l'effet toni-cardiaque a été merveilleux, même dans les cas où il y avait de l'asystolie. Il en a été de même dans les dilatations du cœur

terreur justifiée de l'hémorrhagie décida Broca à diviser la cloison nasale et les adhérences labiales avec le galvano-cautère ; actuellement, on emploie tout aussi légitimement le thermo-cautère (Trélat, Monod). Richet emploie pour réséquer le vomer, une pince spéciale et sectionne les adhérences avec la ligature métallique.

Une thèse passée en 1876, et faite sous l'inspiration du Professeur Verneuil, intitulée : *De l'hémorrhagie dans l'opération du bec-de-lièvre* (Griveaud, Thèse de Paris), donne l'hémorrhagie comme pouvant accompagner les divers temps de l'opération : avivement, décollements auto-plastiques, ablation du tubercule osseux (procédé de Franco), section de la cloison (procédé de Blandin). On doit surtout s'attacher à prévenir cette hémorrhagie; les moyens que nous avons rapportés plus haut, sont ceux qu'il faut employer.

Arrivons aux divers procédés qui ont été mis en œuvre pour remédier aux becs-de-lièvre compliqués de malformations osseuses.

Nous ne dirons qu'un mot de la fissure de la lèvre inférieure qui peut, comme la supérieure, se compliquer de lésions osseuses. Il est, en effet, des cas dans lesquels il existait en même temps qu'une division de la lèvre une fissure médiane du maxillaire inférieur. MM. Faucon (d'Amiens), Verneuil, Lannelongue, ont publié des faits dans lesquels il y avait, outre la fente labiale et la division du maxillaire, une tumeur surajoutée à cet os, constituant un maxillaire surnuméraire et fournissant un exemple de la difformité connue sous le nom de polygmathie.

Les procédés opératoires dirigés contre le bec-de-lièvre complexe sont nombreux et faciles à expliquer, par ce fait que l'affection revêt différents aspects et qu'ils doivent varier suivant chacune des formes en face desquelles on se trouve placé.

On a pu ramener à deux grands groupes les becs-de-lièvre complexes avec lesquels on peut se trouver aux prises :

1° Les becs-de-lièvre simples ou unilatéraux, compliqués de division du palais;

2° Les becs-de-lièvre doubles ou bilatéraux compliqués, soit de division de la voûte palatine, soit de la saillie de l'os inter-maxillaire.

Dans la description du procédé opératoire à adopter dans le traitement du bec-de-lièvre, nous considérerons comme connus les procédés mis en usage pour la guérison des becs-de-lièvre simples. Ceux-ci peuvent se réduire à trois : l'incision simple, le procédé Clémot-Malgaigne, dans lequel on sépare et on conserve les bords de la fissure, de façon à former une petite trompe qui corrige l'encoche de la lèvre après guérison, les modifications de ce procédé par Mirault (d'Angers) et Henry (de Nantes), qui ont par l'obliquité de

Des rapports de la syphilis avec la paralysie générale. Les conclusions de ce rapport seront lues en comité secret.

A 5 heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions du précédent rapport et la lecture du rapport de M. Constantin Paul sur le concours du prix Saint-Paul.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 19 au 24 novembre 1888.

Lundi 19. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Fournier, Reynier. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Guyon, Budin, Reclus.

Mardi 20. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Berger, Quénu. — 4e examen, doctorat : MM. G. Sée, Raymond, Troisier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Panas, Peyrot, Maygrier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (1re série) : MM. Jaccoud, Cornil, Joffroy. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (2e série) : MM. Grancher, Lancereaux, Hutinel.

Mercredi 21. — Médecine opératoire : MM. Bouilly, Jalaguier, Segond. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, A. Robin. — 4e examen, doctorat : MM. Damaschino, Straus, Chauffard.

Jeudi 22. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Peyrot, Raymond. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. G. Sée, Bouchard, Troisier. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Tarnier, Brun.

Vendredi 23. — 1er examen, doctorat : MM. Regnauld, Gariel, Villejean. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Bouilly, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Trélat, Budin, Segond. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (1re série) : MM. Potain, A. Robin, Brissaud. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Straus, Landouzy, Dejerine.

Samedi 24. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Peter, Ball, Hanot. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Duplay, Tarnier, Schwartz. — 4e examen, doctorat : MM. Bouchard, Dieulafoy, Ballet.

Thèses pour le doctorat. — *Jeudi* 22, à 1 heure. — M. Cordier : Contribution à l'étude des plaies pénétrantes de l'abdomen et de leur traitement (spécialement des plaies par armes à feu). *Président* :

(Heister, Guersant) que l'on opère d'un seul côté pour ne pas faire subir à l'enfant un traumatisme trop violent ou que, plus hardi, on opère immédiatement des deux côtés. Mais si le lobule médian est réduit à un petit tubercule, il sera nécessaire de modifier le mode opératoire. Il faudra aviver soit avec des ciseaux, soit avec le bistouri chacun des bords du tubercule médian, puis avoir recours au procédé de Clémot-Malgaigne, grâce auquel les deux encoches à craindre persistantes de chaque côté de ce lobule médian pourront être évitées. Mais, si à ces difficultés se joint une division étendue de la voûte palatine, il faudra se contenter des moyens qui tendem diminuer cet écartement, la compression sur les parties latérales et n'opérer que lorsque l'enfant sera devenu adulte.

Enfin arrivons à la dernière complication la plus sérieuse. Je ve parler de la saillie de l'os inter-maxillaire. Les procédés mis en avan varient avec les auteurs et, ajoutons-le, varieront avec les cas en face desquels on se trouve placé.

Leur but à tous, qu'ils atteignent par des moyens différents, con siste à faire rentrer dans le rang, si je puis ainsi m'exprimer, la parti moyenne de la lèvre sus-jacente à l'os incisif.

Pour ce faire, Franco très simplement supprimait la partie osseu du lobule médian. Après avoir disséqué les parties molles, il rés quait toute la partie saillante de l'os inter-maxillaire dans un pr mier temps, puis ultérieurement opérait le malade qui n'était pl atteint alors que d'un bec-de-lièvre double sans saillie de l'os inte maxillaire. Le grand danger de ce mode opératoire était l'hémo rhagie toujours abondante et difficile à éviter et à arrêter chez jeune enfant. Nous avons vu comment grâce à l'écraseur (Verneu au thermo-cautère (Trélat, Monod) à la galvano-caustique (Broca) à une pince spéciale (Richet) on pouvait éviter le danger. Le grand inconvénient reste d'être forcé de faire une opération préliminaire chez des enfants dont la vitalité est déjà compromise du fait même de leur malformation et aussi, si le lambeau labial est court et mal conformé, de ne pouvoir malgré la résection s'en servir pour la reconstitution de la lèvre. C'est dans ce cas que Dupuytren a cherché à faire servir le bourgeon nasal lorsqu'il était placé à l'extrémité du nez, à la réfection de la sous-cloison. En effet, malgré la suppression du squelette incisif, la partie molle peut ne pas être assez longue pour rejoindre les deux lèvres labiales. Avivant la pointe de ce bourgeon, il le fixait dans l'angle formé supérieurement par la réunion des lèvres avivées du bec-de-lièvre. Mais quelquefois ce tubercule est encore trop court même pour reconstituer la sous-cloison. Très ingénieusement Mirault (d'Angers) a inventé de le dédoubler de façon à ce que sa face muqueuse fit la partie postérieure de la



des deux bords externes du bourgeon incisif vint à l'idée de Debrou, d'Orléans. Dans un cas rapporté par Demarquay le résultat fut très satisfaisant, mais l'adhérence osseuse ne se fit pas. « Malgré cet échec relatif on peut dire que le procédé de Blandin corrige parfaitement la difformité et peut-être pourrait-il être préféré à celui que l'on obtient avec le procédé de Franco, à savoir : nez déprimé et lèvre supérieure tendue et occupant une place postérieure à l'inférieur ». « Peut-être pourrait-on, au lieu d'aviver les parties osseuses que l'on veut réunir, détacher, décoller le périoste recouvert de la muqueuse et peut-être enfin dans cette cure nouvelle on arriverait à un résultat meilleur et pourrait-on avoir une solution. » (Demarquay). Ajoutons qu'actuellement M. Lannelongue avive largement les rebords osseux du bourgeon incisif et fait simplement la suture osseuse de ce bourgeon avec les bords avivés également des bourgeons maxillaires.

Tels sont les procédés classiques à mettre en œuvre pour la guérison du bec-de-lièvre compliqué. Il est encore des cas plus complexes : ce sont ceux où manque une portion de la lèvre, ceux où les deux portions de la lèvre ne peuvent être affrontées. Dans ces cas alors, il faut avoir recours à une véritable cheiloplastie. Deux procédés ont été mis en pratique, ce sont ceux de Friedberg et de Sédillot. Mais dans ces cas les procédés doivent varier autant que les cas en face desquels on se trouve et nous ne saurions mieux terminer que par ces paroles que nous empruntons encore à l'article de Demarquay : « Dans ce tableau aussi complet que possible nous avons essayé de donner une idée exacte du bec-de-lièvre, de ses variétés, des difficultés qu'il présente dans les opérations qui ont été imaginées pour y remédier, des conditions d'âge, etc., etc. Mais tous les cas n'ont pu être prévus, c'est donc au chirurgien à y suppléer en s'inspirant des préceptes généraux que nous avons exposés. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 *novembre* 1888. — *Présidence de* M. Polaillon.

Uréthrotomie externe avec cathétérisme rétrograde. — M. *Terrier* lit un rapport sur une observation de M. Defontaine, chirurgien du Creusot. Il s'agit d'un enfant de 14 ans atteint de rupture de l'urèthre. L'uréthrotome externe sans conducteur ne permet pas de retrouver le bout postérieur. La cystotomie fut pratiquée, suivie du cathétérisme rétrograde et une sonde rouge percée de trous fut passée de la vessie dans le canal. Cette sonde comprimée par les tissus indurés s'opposait au passage des liquides, et M. Defontaine fut obligé de creuser un sillon au bistouri, qui permit l'éva-

cuation facile par le tube jouant désormais librement dans son trajet. Cette sonde fut laissée un mois dans le canal et fut très bien supportée. Petit à petit les plaies hypogastrique et périnéale se cicatrisèrent et l'opéré guérit.

Cette opération a été bien conduite, de l'avis du rapporteur; on connaît, en effet, la difficulté de la recherche du bout postérieur et M. Defontaine a bien fait de pratiquer la cystotomie sus-pubienne qu'il a pu faire facilement sans ballon Petersen, à cause de la rétention des urines dans la vessie, par suite de la rupture de l'urèthre. M. Terrier fait remarquer combien l'induration des tissus du périnée complique la recherche de l'urèthre et signale la façon dont s'est réparé le canal refait au bistouri sur une longueur de 4 centimètres. Il décrit ensuite le tube du calibre 20, dont s'est servi le médecin du Creusot. Ce n'est autre chose qu'une sonde en caoutchouc rouge sur laquelle 34 orifices ont été pratiqués au thermo-cautère. Ce tube Defontaine, analogue à la sonde de M. Demons, a l'avantage d'avoir plus de trous et de s'obturer moins facilement.

M. *Trélat* ne trouve pas que la très petite modification apportée par M. Defontaine à l'instrument de Demons nécessite le nom de tube Defontaine.

M. *Tillaux* rappelle qu'il y a deux ans, après M. Demons du reste, il a publié un fait analogue à celui qui vient d'être rapporté. A cette époque il a insisté sur l'utilité de la taille hypogastrique et du cathétérisme rétrograde pour la recherche du bout postérieur. Quant au tube il en a fait lui-même un semblable pour un opéré qu'il traite en ce moment. Il trouve que la longueur de la sonde rouge permet de la nettoyer facilement en la faisant glisser d'avant en arrière et *vice versa*.

M. *Th. Anger* a aussi pratiqué une opération semblable chez un enfant de 12 ans et insiste sur la difficulté qu'on rencontre à trouver chez les jeunes sujets l'orifice de l'urèthre dans la vessie.

M. *Terrier* répond que M. Defontaine n'a pas la prétention de donner son nom à ce tube. Si lui-même lui a donné ce nom, c'est que son confrère du Creusot l'avait fait de toute pièce. Quant à la difficulté qu'a rencontrée M. Th. Anger dans la recherche de l'orifice uréthral, elle tient probablement à ce que son incision hypogastrique n'était pas assez grande.

M. *Trélat* reprend qu'il n'aurait pas fait la moindre observation si M. le Rapporteur avait dit le tube perforé à la manière de M. Defontaine.

M. *Tillaux* n'a jamais, comme M. Th. Anger, éprouvé de difficulté à passer le tube de la vessie dans l'urèthre, il le met même sans regarder et sans chercher à voir dans la vessie.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES. — M. *Routier* commence par rappeler les travaux de Bernutz, de Goupil, d'Aran, d'A. Guérin, sur la pelvipéritonite, le phlegmon du ligament large et l'adénite souspubienne et expose la thérapeutique sommaire appliquée sous forme de révulsifs à ces longues et douloureuses affections. Il rapproche ensuite de ces traitements peu efficaces les opérations radicales que la chirurgie moderne peut entreprendre aujourd'hui en toute sécurité. Pour sa part, il est déjà intervenu nombre de fois et dans les cas suivants : deux fois pour une pyosalpingite simple, deux fois pour une pyosalpingite double, trois fois pour une salpingo-ovarite double et une fois pour une hémosalpingite. Il cite ensuite trois opérations analogues faites par ses confrères et sur ces onze faits, il n'y a eu que deux morts. Aussi, son opinion est-elle faite, et toutes les fois qu'il rencontre une induration dans le bassin, coïncidant avec des douleurs persistantes, il n'a pas besoin de constater un écoulement de sang ou de pus par le vagin pour intervenir et il conseille d'agir vite.

L'infécondité ne doit pas arrêter le chirurgien, car les annexes ne sont plus en état d'accomplir leurs fonctions. Certes l'opération est dangereuse et difficile, à cause de la possibilité de l'ouverture d'un abcès dans le péritoine ; mais, l'antisepsie est là. L'hémorrhagie peut être aussi très grave et il faut être prêt ; mais, avec les pinces hémostatiques et le thermo-cautère pour tarir les petits vaisseaux et sectionner le pédicule, on n'a rien à craindre. L'eau chaude à 45° ne lui pas réussi. Enfin, le drainage de la cavité ne l'effraie pas et il met volontiers une mèche de tarlatane iodoformée à l'angle inférieur de la plaie.

Comme conclusion, M. Routier dit que lorsqu'il y a douleur persistante et tuméfaction des ligaments larges, il faut proposer l'opération.

La discussion est remise à plus tard. Neuf orateurs sont inscrits.

PRÉSENTATION DE MALADES. — M. *Jalaguier* présente un homme auquel il a réséqué les têtes des deux premiers métatarsiens pour une inflexion du gros orteil qui croisait les autres doigts presque à angle droit.

M. *Monod* a fait trois opérations analogues et présente le moule du pied d'un de ses opérés.

M. *Polaillon* présente un homme auquel il a pratiqué, il y a 7 ans, la désarticulation du genou. Le résultat est excellent.

Eugène ROCHARD.

VARIÉTÉS

Inauguration de l'Institut Pasteur.

L'inauguration de l'Institut Pasteur a eu lieu mercredi, à une heure, en présence du président de la République, des présidents du Sénat et de la Chambre des députés, des ministres de la guerre, de l'intérieur, de l'instruction publique, des finances et du commerce, des grands-ducs de Russie et d'un grand nombre de membres de l'Institut, de l'Académie française, de l'Académie de médecine, des Facultés et autres centres d'enseignement.

Six cents personnes environ avaient pris place dans la salle de la Bibliothèque, appelée encore salle des Bustes, parce qu'elle contient les bustes des principaux donateurs de l'Institut : S. M. l'empereur de Russie, l'empereur du Brésil, Mme Boucicaut, Mme Furtado-Heine, M. le comte de Laubespin, sénateur de la Nièvre, M. le baron Alphonse de Rothschild.

A une heure et quart, M. le président de la République fait son entrée, précédé de M. Pasteur, et suivi des membres du comité de l'Institut Pasteur.

M. Carnot s'assied entre M. Pasteur, à sa droite, et M. Joseph Bertrand, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, à sa gauche.

M. Joseph Bertrand prend le premier la parole, en remplacement de M. Jurien de la Gravière, encore malade.

« Depuis quarante ans, dit-il, mon cher Pasteur, vous laissez venir la gloire sans la poursuivre. Entre tant de routes où souvent on la cherche, vous n'en connaissez qu'une, celle de la vérité. Là comme ailleurs on peut la rencontrer. Votre renommée en est la preuve ».

Puis M. Bertrand rappelle un horoscope que tira sur M. Pasteur, il y a quarante ans, un de ses anciens à l'Ecole normale, Verdet « qui savait tout comprendre, qui jugeait de haut les gloires du passé et portait sur l'avenir de clairvoyants regards. »

Or, Verdet disait de Pasteur : « Il ne connait pas les limites de la science et je crains pour lui de stériles efforts. Il aime les problèmes insolubles. »

Et M. J Bertrand ajoute : « Pouvait-on, je vous le demande, messieurs, se tromper avec plus de sagacité ?

« Les problèmes qui, depuis un demi-siècle, tourmentent sans repos votre esprit ne sont plus insolubles aujourd'hui. C'est pour vous en remercier au nom de l'humanité, pour nous en réjouir au nom de la science, pour nous en glorifier tous ensemble au nom de la France, que nous sommes réunis aujourd'hui. »

M. le professeur Grancher fait ensuite la critique historique de la découverte de la vaccination anti-rabique qui fut la première application à l'homme d'une méthode générale de traitement des maladies virulentes.

C'est avec une grande sûreté de vues, un grand bonheur d'expressions, et aussi avec une parfaite indépendance de jugement, que M. Grancher a analysé les découvertes de M. Pasteur.

Quant aux résultats de la méthode des vaccinations antirabiques, sur

et ce que vous demanderez à votre tour aux disciples que vous formerez est ce qu'il y a de plus difficile à l'inventeur.

Croire que l'on a trouvé un fait scientifique important, avoir la fièvre de l'annoncer et se contraindre des journées, des semaines, parfois des années à se combattre soi-même, à s'efforcer de ruiner ses propres expériences, et ne proclamer sa découverte que lorsqu'on a épuisé toutes les hypothèses contraires, oui, c'est une tâche ardue.

Mais quand, après tant d'efforts, on est enfin arrivé à la certitude, on éprouve une des plus grandes joies que puisse ressentir l'âme humaine, et la pensée que l'on contribuera à l'honneur de son pays rend cette joie plus profonde encore. Si la science n'a point de patrie, l'homme de science doit en avoir une, et c'est à elle qu'il doit reporter l'influence que ses travaux peuvent avoir dans le monde.

M. le président de la République a remis les insignes d'officier de la Légion d'honneur à MM. Grancher et Duclaux, et nommé chevalier M. le Dr Chantemesse.

NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Assaky, ancien interne des hôpitaux de Paris, rédacteur des Archives roumaines de médecine et de chirurgie, à Bucarest, vient d'être nommé Fellow du collège médico-chirurgical de Philadelphie.

Le maitre responsable des honoraires dus a un médecin par son domestique. — Par jugement en date du 23 octobre 1888, le juge de paix de Châlons-sur-Marne, a condamné un maître à payer au médecin qu'il avait fait appeler près de son domestique les honoraires dus pour les soins donnés, et en se basant sur la position peu aisée du malade soigné, a fixé lui-même les honoraires. On peut tirer de ce jugement les conclusions suivantes :

Le maître qui a pris l'initiative de l'appel du médecin chez lui auprès de son domestique peut, selon les circonstances, être considéré comme directement obligé au paiement des honoraires qui seront ultérieurement réclamés.

Spécialement il devra en être ainsi quand le serviteur soigné sera inconnu du médecin, surtout si, après le traitement, le maître l'a laissé partir ou congédié, à l'insu du docteur, sans le contraindre ou l'inviter à désintéresser celui-ci.

Mais l'obligation de ce maître ne saurait être étendue au delà des limites dans lesquelles serait tenu lui-même celui qui a profité du traitement; en sorte que le tribunal aurait, suivant une règle constante et conforme à l'équité, à fixer le prix des soins fournis en tenant compte non seulement de la gravité du mal et du résultat obtenu, mais aussi des ressources du domestique.

Ligue nationale de l'éducation physique. — Il vient de se fonder à Paris, dans les départements et dans les colonies françaises, sous le nom

des deux bords externes du bourgeon incisif vint à l'idée de Debrou, d'Orléans. Dans un cas rapporté par Demarquay le résultat fut très satisfaisant, mais l'adhérence osseuse ne se fit pas. « Malgré cet échec relatif on peut dire que le procédé de Blandin corrige parfaitement la difformité et peut-être pourrait-il être préféré à celui que l'on obtient avec le procédé de Franco, à savoir : nez déprimé et lèvre supérieure tendue et occupant une place postérieure à l'inférieur ». « Peut-être pourrait-on, au lieu d'aviver les parties osseuses que l'on veut réunir, détacher, décoller le périoste recouvert de la muqueuse et peut-être enfin dans cette cure nouvelle on arriverait à un résultat meilleur et pourrait-on avoir une solution. » (Demarquay). Ajoutons qu'actuellement M. Lannelongue avive largement les rebords osseux du bourgeon incisif et fait simplement la suture osseuse de ce bourgeon avec les bords avivés également des bourgeons maxillaires.

Tels sont les procédés classiques à mettre en œuvre pour la guérison du bec-de-lièvre compliqué. Il est encore des cas plus complexes : ce sont ceux où manque une portion de la lèvre, ceux où les deux portions de la lèvre ne peuvent être affrontées. Dans ces cas alors, il faut avoir recours à une véritable cheiloplastie. Deux procédés ont été mis en pratique, ce sont ceux de Friedberg et de Sédillot. Mais dans ces cas les procédés doivent varier autant que les cas en face desquels on se trouve et nous ne saurions mieux terminer que par ces paroles que nous empruntons encore à l'article de Demarquay : « Dans ce tableau aussi complet que possible nous avons essayé de donner une idée exacte du bec-de-lièvre, de ses variétés, des difficultés qu'il présente dans les opérations qui ont été imaginées pour y remédier, des conditions d'âge, etc., etc. Mais tous les cas n'ont pu être prévus, c'est donc au chirurgien à y suppléer en s'inspirant des préceptes généraux que nous avons exposés. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 *novembre* 1888. — *Présidence de* M. Polaillon.

Uréthrotomie externe avec cathétérisme rétrograde. — M. *Terrier* lit un rapport sur une observation de M. Defontaine, chirurgien du Creusot. Il s'agit d'un enfant de 14 ans atteint de rupture de l'urèthre. L'uréthrotome externe sans conducteur ne permet pas de retrouver le bout postérieur. La cystotomie fut pratiquée, suivie du cathétérisme rétrograde et une sonde rouge percée de trous fut passée de la vessie dans le canal. Cette sonde comprimée par les tissus indurés s'opposait au passage des liquides, et M. Defontaine fut obligé de creuser un sillon au bistouri, qui permit l'éva-

35e Année. — Tome II. N° 136 Mardi 20 Novembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Intoxication iodoformique à forme méningitique chez deux enfants (1),

Par le Dr Cazin,
Médecin de l'hôpital de Berck-sur-Mer.
et H. Iscovesco,
Interne des hôpitaux.

Les cas d'empoisonnement par l'iodoforme chez les enfants sont assez rares pour que nous croyions devoir communiquer deux cas qu'il nous a été donné d'observer et qui présentaient des particularités assez intéressantes pour devoir être signalées à l'attention des praticiens.

König a déjà signalé des accidents par l'iodoforme chez les enfants, et il a même décrit chez eux deux variétés de cette intoxication : une forme comateuse et une forme méningitique.

Dans la forme méningitique de König, on observe, dit Brun, qui a analysé, d'une façon très complète dans sa thèse, le travail du médecin allemand : un pouls irrégulier et petit, des vomissements, de l'inégalité et de la paresse pupillaires, des convulsions, quelquefois de la contracture. Il n'y a que l'élévation de la température, dit Brun, qui puisse permettre, par son absence, de présumer une intoxication par l'iodoforme plutôt qu'une méningite. Et encore ne faut-il pas oublier que la méningite présente des caractères thermiques si irréguliers que même ce moyen de diagnostic ne peut avoir qu'une valeur fort relative.

Voici les cas que nous avons vus :

Dans la première de nos observations, il s'agit d'un petit garçon âgé de 5 ans 1/2.

A l'âge de 5 ans, l'enfant est atteint d'une tumeur blanche du genou avec abcès multiples.

Les abcès furent incisés et grattés à Paris à l'hôpital des Enfants.

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

Les plaies ne se cicatrisant pas et l'enfant ayant gardé de nombreuses fistules, il fut envoyé à Berck. A son arrivée à l'hôpital maritime, les fistules donnent beaucoup de pus, et l'état général de l'enfant s'empirant rapidement, le Dr Cazin pratique un deuxième grattage des trajets fistuleux, il enlève avec l'Ollier quelques parties osseuses qui semblent être le point de départ du processus. L'amélioration ne fut que transitoire et bientôt après l'état local ainsi que l'état général allaient en s'aggravant.

C'est alors qu'on décide l'amputation. L'opération ne fut suivie d'aucun accident. Les sutures prennent partout, excepté à l'angle externe de la plaie. En ce point, on applique largement de l'iodoforme. Tout se passe bien le premier et le second jour. Mais le troisième jour, nous trouvons le matin l'enfant assoupi et la sœur nous apprend que la nuit le petit malade a été très agité, qu'il poussait des soupirs très fréquents. Le pansement est changé et nous remettons de l'iodoforme.

Le jour même, l'enfant, qui ne mangeait plus depuis la veille, est pris de vomissements à plusieurs reprises. Ces vomissements se font sans efforts et ils sont bilieux.

Les jours suivants, tous ces phénomènes s'accentuent. L'enfant est constipé. Il vomit et paraît souffrir de la tête. Les nuits sont très agitées et le malade est assoupi pendant le jour. Le sommeil est interrompu de soupirs et de cris ayant tout à fait le caractère méningitique. Les pupilles sont inégales et réagissent difficilement à la lumière. L'enfant ne reconnaît pas le jour, les personnes qui l'entourent, et semble entièrement indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Bientôt l'agitation des nuits précédentes est remplacée par un délire tranquille. La température a constamment oscillé entre 37,5 et 38 ou 38,2. Ces accidents continuent jusqu'au huitième jour après le premier emploi de l'iodoforme. Le pouls est rapide, pénible, petit et *régulier*. En résumé, voilà un enfant présentant de la céphalalgie, des vomissements, de la constipation, du délire pendant la nuit, de la somnolence pendant le jour, un peu de fièvre, des cris hydrencéphaliques, et de plus, si on se rappelle qu'il s'agit d'un malade atteint de tuberculose locale, on comprendra qu'il sera difficile de ne pas croire qu'on se trouve en présence d'une méningite tuberculeuse. Seul, le pouls ne présentait pas les caractères méningitiques. Le début des accidents avait été, il est vrai, très brusque; mais nous étions habitués à voir de ces débuts sans prodrome, dans lesquels la maladie se jugeait en l'espace de trois à cinq jours, et où la nécroscopie venait confirmer le diagnostic de méningite tuberculeuse. Le sixième jour après le début des accidents, nous jugeâmes qu'il serait bien possible que l'iodoforme eût quelque importance dans la genèse des acci-

dents que nous observions, et nous fîmes un pansement simple à l'acide phénique.

Dès le septième jour, les accidents diminuèrent, l'amélioration était considérable le huitième jour après le premier pansement à l'iodoforme ou le deuxième après sa suppression, et tout rentra dans l'ordre le neuvième jour. La constipation, les vomissements disparurent. L'enfant ne criait plus la nuit et le sommeil était revenu. L'état du malade alla en s'améliorant graduellement et il put quelque temps après quitter l'infirmerie.

Dans notre deuxième observation, qui ressemble beaucoup à la première, il s'agit d'un enfant atteint d'ostéite tuberculeuse de l'extrémité inférieure du tibia. On pratique le grattage du point tuberculeux et on bourre d'iodoforme. Dès la première nuit, les accidents éclatent. L'enfant est très agité et ne dort pas. Il se plaint de violents maux de tête. Le lendemain à la visite, l'enfant est assoupi et répond difficilement aux questions qu'on lui pose. Les pupilles sont inégales. Dans la journée, plusieurs vomissements bilieux. Le pouls est irrégulier et assez fréquent (100 pulsations, l'enfant avait 8 ans). Ces accidents continuent pendant trois jours en s'aggravant. Constipation. Le cinquième jour après le début des accidents, l'iodoforme est supprimé, et très rapidement les accidents s'amendent pour disparaître complètement trois jours après la suppression du pansement à l'iodoforme. Ajoutons pour terminer que l'enfant a présenté pendant tout le temps de ces accidents un léger mouvement fébrile à exaspération vespérale et que la température a oscillé pendant cinq jours entre 37° et 38,5.

Dans notre premier comme dans le second cas, les accidents éclatent très rapidement après l'emploi de l'iodoforme, de même qu'ils s'améliorent aussitôt après sa suppression. Cependant, ils mettent une certaine lenteur pour disparaître complètement, et il faut quelques jours pour que le malade revienne à une santé parfaite.

Nous avons très fréquemment employé l'iodoforme chez les enfants et les accidents sont absolument exceptionnels, puisque les cas que nous relatons sont les seuls qu'il nous ait été donné d'observer. Dans les abcès froids, les injections d'éther iodoformé sont d'un usage courant à Berck et cependant jamais nous n'avons vu son emploi être suivi d'accidents. Il serait évidemment fort commode d'invoquer, pour expliquer ces accidents, un mot : l'*idiosyncrasie,* mot qui n'explique rien et qui cependant donne un semblant de satisfaction à notre désir de remonter jusqu'à la causalité des phénomènes que nous observons. Passons donc sans nous y arrêter. Le problème reste entièrement à résoudre. Pourrait-on invoquer pour expliquer ces accidents une tare nerveuse héréditaire ou acquise? Évidemment l'explication

est attrayante. Certains enfants présentent dans leur système nerveux un *locus minoris resistentiæ*. Chez ces enfants-là, l'iodoforme fera éclater des accidents nerveux et il n'y aurait là rien qui ne fût conforme à tout ce que nous savons déjà sur la façon dont réagissent les cérébraux ou les nerveux mis en présence de certains médicaments qui, chez d'autres personnes, ne déterminent aucun des troubles qu'on observe chez ces personnes à système nerveux sensible. Mais l'explication par la tare nerveuse ne nous paraît pas satisfaisante. Humbert et Moretin en injectant de l'iodoforme chez des chiens ont déterminé d'abord de l'abattement avec une sorte d'ivresse et puis ensuite des mouvements convulsifs et même des contractures. Voilà bel et bien des accidents nerveux provoqués par l'iodoforme. Est-ce que, par hasard, on invoquerait chez ces chiens une tare nerveuse ? L'iodoforme absorbé à dose suffisante détermine des accidents nerveux; voilà ce que nous savons. Il faut donc autant que possible n'employer l'iodoforme que dans les cas où son absorption est réduite au minimum. Dans l'immense majorité des cas, l'iodoforme est employé justement sur des surfaces dont l'absorption est très petite. C'est ce qui se passe pour les malades de Berck. Dans certains cas exceptionnels, il a pu se faire que l'absorption du médicament fût beaucoup plus grande pour une cause locale quelconque, et l'absorption plus grande a déterminé les signes que nous avons observés parce que l'iodoforme absorbé agit surtout sur le système nerveux, que ce fût un chien ou un homme, et cela parce que cela est ainsi et nous devons nous contenter de la constatation du fait, de même que nous nous contentons de savoir que le curare agit surtout sur les plaques terminales des nerfs moteurs, sans savoir pourquoi il lui plaît d'y porter sa principale action.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Nouvelles expériences tendant à démontrer l'efficacité des injections intra-veineuses de virus rabique en vue de préserver de la rage les animaux mordus par des chiens enragés.

Par M. Galtier (1).

Après avoir, dès 1880-1881, établi le premier, par des expériences sur le mouton et la chèvre, qu'on pouvait conférer l'immunité contre la rage, au moyen des injections intra-veineuses de virus rabique. j'ai depuis, dans les Communications nouvelles, démontré que, par

(1) Note présentée par M. Chauveau à l'Académie des sciences.

ce moyen, les animaux herbivores peuvent être préservés, alors même qu'il s'est écoulé un certain laps de temps après les morsures. Ces résultats ont été pleinement confirmés par les expériences récentes de MM. Nocard et Roux. La méthode est applicable aux animaux ruminants et aux porcs; elle n'offre aucune difficulté sérieuse dans son application; la matière à inoculer peut être empruntée au chien qui a fait les morsures, et il suffit, pour l'obtenir, de délayer dans de l'eau la substance nerveuse, puis de décanter après un repos suffisant ou de filtrer convenablement pour enlever les particules solides, qui pourraient amener des accidents dans les vaisseaux; l'injection peut être faite sans qu'on ait à se préoccuper d'éviter la contamination du tissu péri-veineux, car, alors même qu'on le contamine, la réussite n'en semble pas moins assurée. C'est donc une méthode aussi facile qu'elle semble sûre. Les résultats favorables qu'elle m'avait donnés jadis ne se sont pas démentis depuis. Dans de nouvelles séries d'expériences, j'ai obtenu le même succès : Deux brebis, inoculées le 16 février 1888 dans la région parotidienne, ont été préservées de la rage, qui a fait périr les deux témoins pris dans la même espèce et inoculés de la même façon; ces deux brebis avaient été vaccinées par quatre injections intra-veineuses pratiquées à partir de la quarante-deuxième heure après l'inoculation; elles ont été livrées à la boucherie le 12 juillet. La même expérience, répétée dans les mêmes conditions le 21 avril et le 27 avril, a donné les mêmes résultats; les témoins sont morts, et les vaccinés, au nombre de quatre, deux pour chaque expérience, ont résisté et ont été vendus à la boucherie le 12 juillet. Un porc de huit mois environ, inoculé le 21 avril dans la région parotidienne, a été vacciné vingt-quatre heures après par une injection copieuse dans une veine de l'oreille, répétée une demi-heure après; bien que le tissu péri-veineux eût été contaminé pendant l'opération, l'animal n'a jamais présenté aucun signe de rage; il a été livré à la consommation le 20 juillet. Deux brebis, inoculées le 18 décembre 1887 et préservées de la rage par une double vaccination commencée vingt-quatre heures après l'inoculation, ont en outre résisté à de nouvelles insertions virulentes faites dans la région parotidienne le 10 février 1888 et le 16 avril; elles ont été livrées à la boucherie le 12 juillet.

Ces nouvelles données confirment celles que j'ai fait connaître jusqu'ici; il est donc bien démontré aujourd'hui qu'on peut sûrement préserver, au moyen des injections intra-veineuses, les animaux herbivores et omnivores qui ont été mordus par des chiens enragés; il est, de plus, permis de présumer que l'immunité conférée a pour effet non seulement de préserver contre les conséquences des morsures

de fractures du crâne avec troubles moteurs, la guérison peut se produire sans intervention. M. Berger a observé une jeune fille qui reçut une balle de revolver dans la région pariétale, elle présenta de l'aphasie, de la monoplégie brachiale avec issue de la substance cérébrale et guérit cependant sans intervention.

Aussi dans une fracture sans enfoncement il croit que la meilleure conduite à tenir c'est l'expectation jusqu'à ce qu'il y ait menace de mort.

Quant à l'artifice de la réimplantation, il n'aurait pu l'appliquer à son malade parce que en dehors des rondelles il avait dû faire sauter encore des points de substance osseuse, dont la réapplication eût été difficile. De plus, M. Berger reproche à cette manière d'agir de rendre très incomplète la désinfection de la plaie au cas où elle viendrait à suppurer. Il pense d'ailleurs qu'avec un appareil bien fait on peut assurer une protection effective.

M. *Tisné*, à l'appui de la manière de voir de M. Berger, cite un cas de fracture du crâne sans enfoncement, avec aphasie et hémiplégie ; chez ce malade les troubles, dus vraisemblablement à un épanchement sanguin, s'amendèrent progressivement jusqu'à complète guérison.

M. *Ferrand* pense que souvent, lorsque les accidents ont une marche progressive, la compression, due à un épanchement sanguin progressif doit entrer pour une large part dans leur production, et faire différer l'intervention.

M. *Tolédano* expose à la Société un fait dont il a été la victime. Après avoir donné des soins à un failli pendant la maladie à laquelle il a succombé, M. Tolédano crut devoir faire acte de créancier et accepter le contrat. Or en vertu de ce fait notre confrère perdit le privilège réservé à la créance du médecin.

Le Secrétaire des séances,
Dr Ch. Tisné.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS.

Séance du 12 *avril* 1888. — Présidence de M. Bouchard.

M. *Méry* lit une observation de perforation intestinale, au cours d'ulcérations urémiques. (Voir *France médicale*, p. 877.)

M. *Bouchard*. Le côté pathogénique de la question qui vient d'être soulevée par M. Méry est assez obscur. Dans l'observation de M. Méry, les ulcérations sont considérées comme de nature urémique. Mais l'histoire du malade présente tant d'éléments complexes qu'il est bien difficile de savoir si c'est par le fait de l'intoxication urémique que s'est produite l'ulcération. Chez ce malade, il y a eu une scarlatine,

une ablation des amygdales, une néphrite, toute une série d'accidents qui peuvent avoir agi. Certes il y a bien des ulcérations urémiques, mais c'est le plus souvent sur le gros intestin qu'on les rencontre aussi bien chez les animaux que chez l'homme. Lorsqu'on fait avaler par exemple du menthol à un animal, il semblerait que les lésions doivent siéger dans l'estomac ou l'intestin grêle, c'est-à-dire dans la partie du tube digestif où le menthol est absorbé, c'est au contraire le gros intestin qui est affecté. Les ulcérations urémiques s'observent au même point. Dans l'observation de M. Méry, les ulcérations étaient dans l'intestin grêle. La nature urémique de ces ulcérations, quoique possible, ne me semble donc pas démontrée.

M. *Demélin* rapporte une observation de néphrotomie.

M. *Gauchas* croit peu admissible qu'une femme puisse vivre plusieurs jours avec un rein atrophié et l'autre atteint de pyélo-néphrite. Il croit que, dans l'observation de M. Demélin, il y a eu défaut d'interprétation et que le rein droit a dû suppléer le rein gauche. Il préfère admettre un spasme de l'uretère, ce qui n'a rien d'invraisemblable, car on a pu en observer chez des hystériques pendant dix à douze jours.

M. *Demélin*. Le spasme peut-il persister trente jours ?

M. *Gauchas*. Je le crois.

M. *Balzer* se rallie à l'opinion de M. Gauchas et ne croit pas qu'il y ait de raison absolue pour admettre la suppression du rein droit.

M. *Demélin*. Il y a cependant des cas analogues dans la thèse de Merklen.

M. *Malécot*. L'explication de ce cas est très difficile. Cependant il ne faudrait pas croire qu'il faille une grande surface de rein pour vivre, ainsi que j'ai pu m'en convaincre plusieurs fois dans le service du professeur Guyon, à l'hôpital Necker; c'est un fait bien connu aussi de M. Lancereaux. Il ne me semble pas qu'il y ait ici de raison pour éliminer la suppression du rein droit, bien que l'interprétation, je le répète, me paraisse très difficile.

M. *Blocq* lit une observation de la maladie de Friedreich.

M. *Thibierge*. Y avait-il chez ce malade des antécédents syphilitiques, présentait-il quelques signes de syphilis héréditaire ? Il serait en effet intéressant de savoir si la syphilis, qui tient une place si importante dans l'ataxie des adultes, peut jouer un rôle analogue dans la maladie de Friedreich.

M. *Blocq*. A part le peu de développement des enfants, nous n'avons pas trouvé d'accidents syphilitiques; je dois dire d'ailleurs que notre enquête n'a pas été dirigée spécialement dans cette voie.

Les secrétaires des séances,
A. GILBERT, M. LEBRETON.

BIBLIOGRAPHIE

GUIDE PRATIQUE DE PETITE CHIRURGIE, par *Michel Gangolphe*, chirurgien major désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon (Oct. Doin, édit., Paris, 1888).

La chirurgie actuelle se compose de deux éléments qui doivent l'un et l'autre s'associer : la petite et la grande chirurgie. Autrefois, l'habileté chirurgicale, la rapidité opératoire, la sûreté de main étaient les qualités qu'on requérait de tout chirurgien. La petite chirurgie n'était que d'une importance secondaire; les pansements auxquels elle présidait se bornaient au cérat, au cataplasme; l'alcool et le camphre étaient déjà des progrès; savoir tremper une compresse et la recouvrir d'un taffetas gommé, rouler une bande avec élégance, conserver le grand art du *renversé*, tel était le but de tout bon infirmier, et ce que lui enseignait le livre de Petite Chirurgie dans lequel il devait étudier à éviter le godet et à préparer le plumasseau de charpie. Aujourd'hui son rôle s'élargit.

Disparue complètement cette petite chirurgie du passé, et à jamais, espérons-le. Elle est remplacée par une science plus minutieuse et repose sur des principes plus rigoureux. Elle devient l'aide indispensable de la grande chirurgie. Sans elle, l'opérateur voit disparaître les résultats qu'il devait espérer; grâce à elle, il peut opérer sans crainte de voir survenir des accidents. Une opération mal conduite, si j'ose aller jusque-là, peut encore donner de bons résultats, si la petite chirurgie sait réparer les fautes ou les erreurs de sa supérieure hiérarchique.

On conçoit combien est importante cette étude de la petite chirurgie ainsi comprise, combien il est indispensable que les aides d'ordinaire moins instruits, auxquels elle est confiée, aient conscience du rôle important qu'ils jouent dans la guérison des malades, combien enfin, il est difficile de faire comprendre à des infirmiers avec quelle rigueur ils doivent suivre les conseils qu'on leur donne, et pourquoi ils doivent ainsi servilement exécuter la consigne qui leur est donnée, être *réellement* propres.

Le livre de M. Gangolphe est un miracle de lucidité, de clarté et de concision. Sans discuter, il procède par aphorisme, par ordre; expliquant en langage ordinaire les mots difficiles à comprendre, ce qui pourrait paraître obscur, il sait se mettre à la portée de son auditoire et leur montrer toute la gravité de leurs fonctions.

L'infirmier est chargé de la désinfection des instruments, de la préparation d'une opération, enfin du pansement consécutif ou d'urgence en cas d'accident.

La vie ou la mort du blessé dépendent du premier pansement.

Telle est l'idée qui a dirigé tout le livre de M. Gangolphe et qui a dicté tous les conseils qu'il donne. L'*antisepsie* est inutile où a été conservée ou obtenue *l'asepsie*. L'*antisepsie* n'est qu'un pis aller, l'asepsie est le but, la sécurité.

Comment l'obtient-on? Par la stérilisation des instruments par la chaleur; par la stérilisation de toute pièce de pansement, par les précautions outrées que doivent prendre et le chirurgien et ses aides pendant l'opération. Eviter de s'essuyer les mains avec son tablier lorsqu'elles sont mouillées de solution de sublimé, ne toucher quoique ce soit de septique depuis le moment où on a rendu les mains aseptiques jusqu'au moment où l'opération est terminée, ce qui est pour beaucoup de chirurgiens beaucoup plus difficile qu'on ne croirait.

Quelques auteurs trouveront ces précautions outrées et irréalisables. Nous les renvoyons au livre de M. Gangolphe qui montre comment doit être installée une salle d'opération, quels sont les moyens pour obtenir des pansements aseptiques et certainement on reviendra convaincu que *l'asepsie réelle* et *régulière* est encore plus simple à obtenir qu'une *antisepsie relative* (!!!) et *incoordonnée*. C'est une habitude à prendre et à inculquer à ses aides. Faites lire à vos infirmiers le manuel de M. Gangolphe et pour peu qu'ils soient susceptibles de conscience, ils pourront très simplement et très facilement vous faire opérer proprement. Même en temps de guerre, l'asepsie peut être réalisée et M. Gangolphe cite avec raison les statistiques de Bum (guerre Serbo-Bulgare) qui, grâce à l'iodoforme, n'a eu aucun décès sur 130 blessés; de Mosetig Morhof qui, sur 824 blessés dont 252 fracturés, n'eut que de 2,3 p. 100 de mortalité, comparées au martyrologe de la guerre de 1870-1871.

« Avec 2 kilogs d'iodoforme, 1 kilogr. de sublimé, une égale quantité de sel de cuisine et quelques litres d'alcool, on possède un caisson de secours largement pourvu. »

C'est encore à la petite chirurgie qu'incombe le soin des fractures, c'est elle qui donne les principes de l'appareil plâtré, c'est elle qui fait le premier pansement d'une fracture compliquée; c'est elle qui doit pouvoir remédier aux hémorrhagies, c'est elle enfin qui saigne et pose les ventouses et les caustiques. Enfin, c'est elle qui doit pratiquer le cathétérisme d'urgence.

On sait combien s'est étendu son cadre d'une part et combien d'autre part s'est déplacée sa responsabilité. Autrefois, le pansement n'était rien, le cataplasme était tout. Avant et au moment de l'opération, elle n'était d'aucune utilité, son rôle n'était que secondaire.

Actuellement sur elle repose une grande part de la responsabilité

et on pourrait presque dire qu'au point de vue thérapeutique, la chirurgie peut s'apprendre dans deux livres seulement, dans le Traité de médecine opératoire et dans le Manuel de petite chirurgie, j'ajoute quand ce dernier est conçu et exécuté comme celui que présente M. Gangolphe et qui sera bientôt, nous l'espérons, dans les mains de tous ceux, et ils sont nombreux, qui peuvent être appelés à opérer eux-mêmes ou à aider à une opération.

D[r] F. VERCHÈRE.

NÉCROLOGIE

Le célèbre professeur BAMBERGER vient de mourir à Vienne. Né à Prague en 1822, Bamberger fut l'élève de Skoda et de Rokitansky. Après avoir professé à Prague, à Leipzig et à Wurtzbourg, il remplaça Oppolzer à Vienne, en 1872. Ses travaux sur les maladies du cœur et les maladies de l'appareil chylifère lui avaient assuré une grande célébrité.

NOUVELLES

— LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS a accordé, sur sa demande, un congé d'un an à M. le professeur A. Richet.

M. le professeur Tarnier a été délégué dans la chaire de clinique de la rue d'Assas.

MM. les agrégés Brun, Hutinel, Brissaud et Ballet ont demandé à se spécialiser comme suit : M. Brun, dans la chaire d'ophtalmologie; M. Hutinel, dans la chaire de maladie des enfants; M. Brissaud, dans la chaire des maladies du système nerveux, et M. Ballet dans la chaire des maladies mentales.

Au prochain concours d'agrégation, les chaires de thérapeutique, maladies cutanées et syphilitiques, et anatomie pathologique, seront spécialisées.

Une commission est chargée de la réforme du concours de clinicat et de donner son avis sur le maintien ou la suppression des internes dans les services de chirurgie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le jury du concours d'agrégation de médecine qui doit s'ouvrir à Paris le 15 décembre prochain est ainsi constitué : MM. Brouardel, Jaccoud, Cornil, Grancher, Dieulafoy (de Paris), Teissier (de Lyon), Coyne (de Bordeaux), Arnould (de Lille) et Kiener (de Montpellier); *suppléants :* MM. Proust, Hayem, Laboulbène, Ball.

— LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY a présenté pour le décanat, en première ligne, M. Heydenreich, professeur de clinique chirurgicale (par 24 voix sur 28 votants).

Le Propriétaire-Gérant : D[r] E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3

35e Année. — Tome II. N° 136 Mardi 20 Novembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Intoxication iodoformique à forme méningitique chez deux enfants (1),

Par le Dr Cazin,
Médecin de l'hôpital de Berck-sur-Mer.
et H. Iscovesco,
Interne des hôpitaux.

Les cas d'empoisonnement par l'iodoforme chez les enfants sont assez rares pour que nous croyions devoir communiquer deux cas qu'il nous a été donné d'observer et qui présentaient des particularités assez intéressantes pour devoir être signalées à l'attention des praticiens.

König a déjà signalé des accidents par l'iodoforme chez les enfants, et il a même décrit chez eux deux variétés de cette intoxication : une forme comateuse et une forme méningitique.

Dans la forme méningitique de König, on observe, dit Brun, qui a analysé, d'une façon très complète dans sa thèse, le travail du médecin allemand : un pouls irrégulier et petit, des vomissements, de l'inégalité et de la paresse pupillaires, des convulsions, quelquefois de la contracture. Il n'y a que l'élévation de la température, dit Brun, qui puisse permettre, par son absence, de présumer une intoxication par l'iodoforme plutôt qu'une méningite. Et encore ne faut-il pas oublier que la méningite présente des caractères thermiques si irréguliers que même ce moyen de diagnostic ne peut avoir qu'une valeur fort relative.

Voici les cas que nous avons vus :

Dans la première de nos observations, il s'agit d'un petit garçon âgé de 5 ans 1/2.

A l'âge de 5 ans, l'enfant est atteint d'une tumeur blanche du genou avec abcès multiples.

Les abcès furent incisés et grattés à Paris à l'hôpital des Enfants.

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

dents que nous observions, et nous fîmes un pansement simple à l'acide phénique.

Dès le septième jour, les accidents diminuèrent, l'amélioration était considérable le huitième jour après le premier pansement à l'iodoforme ou le deuxième après sa suppression, et tout rentra dans l'ordre le neuvième jour. La constipation, les vomissements disparurent. L'enfant ne criait plus la nuit et le sommeil était revenu. L'état du malade alla en s'améliorant graduellement et il put quelque temps après quitter l'infirmerie.

Dans notre deuxième observation, qui ressemble beaucoup à la première, il s'agit d'un enfant atteint d'ostéite tuberculeuse de l'extrémité inférieure du tibia. On pratique le grattage du point tuberculeux et on bourre d'iodoforme. Dès la première nuit, les accidents éclatent. L'enfant est très agité et ne dort pas. Il se plaint de violents maux de tête. Le lendemain à la visite, l'enfant est assoupi et répond difficilement aux questions qu'on lui pose. Les pupilles sont inégales. Dans la journée, plusieurs vomissements bilieux. Le pouls est irrégulier et assez fréquent (100 pulsations, l'enfant avait 8 ans). Ces accidents continuent pendant trois jours en s'aggravant. Constipation. Le cinquième jour après le début des accidents, l'iodoforme est supprimé, et très rapidement les accidents s'amendent pour disparaître complètement trois jours après la suppression du pansement à l'iodoforme. Ajoutons pour terminer que l'enfant a présenté pendant tout le temps de ces accidents un léger mouvement fébrile à exaspération vespérale et que la température a oscillé pendant cinq jours entre 37° et 38,5.

Dans notre premier comme dans le second cas, les accidents éclatent très rapidement après l'emploi de l'iodoforme, de même qu'ils s'améliorent aussitôt après sa suppression. Cependant, ils mettent une certaine lenteur pour disparaître complètement, et il faut quelques jours pour que le malade revienne à une santé parfaite.

Nous avons très fréquemment employé l'iodoforme chez les enfants et les accidents sont absolument exceptionnels, puisque les cas que nous relatons sont les seuls qu'il nous ait été donné d'observer. Dans les abcès froids, les injections d'éther iodoformé sont d'un usage courant à Berck et cependant jamais nous n'avons vu son emploi être suivi d'accidents. Il serait évidemment fort commode d'invoquer, pour expliquer ces accidents, un mot : l'*idiosyncrasie*, mot qui n'explique rien et qui cependant donne un semblant de satisfaction à notre désir de remonter jusqu'à la causalité des phénomènes que nous observons. Passons donc sans nous y arrêter. Le problème reste entièrement à résoudre. Pourrait-on invoquer pour expliquer ces accidents une tare nerveuse héréditaire ou acquise? Évidemment l'explication

35e Année. — Tome II. N° 137 Jeudi 22 Novembre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 21 *novembre* 1888.

Un médecin de Varsovie, le docteur Odo Bujioid, a fait hier à l'Académie de médecine, après l'avoir faite la veille à l'Académie des sciences, une communication qui apportera un solide appoint aux théories pastoriennes. Après avoir passé quelque temps au laboratoire de M. Pasteur, M. Bujioid, de retour à Varsovie, a appliqué le procédé qu'il avait vu employer à Paris. La rage, dans la Pologne russe, a subi brusquement, paraît-il, depuis les inoculations pastoriennes, l'augmentation de fréquence qu'elle présente également en France, car en six mois M. Bujioid pouvait inoculer 104 personnes en employant le traitement simple de M. Pasteur ; sur ces 104 personnes un enfant mourait mordu par un chien qu'on n'a pas retrouvé et chez lequel par conséquent la rage était douteuse. Un peu effrayé et surtout influencé par les travaux que Frisch (de Vienne) faisait paraître à cette époque, M. Bujioid, sur une nouvelle série de 193 personnes inoculées en sept mois, appliqua un traitement plus atténué, il eut 8 cas de mort par rage. Il se mit alors bravement à appliquer la méthode intensive que M. Pasteur lui-même n'emploie qu'avec circonspection et sur 370 personnes mordues par des chiens enragés, il n'eut aucun insuccès. Cela dure depuis seize mois. Pendant le même temps, 8 personnes non inoculées mouraient de la rage à Varsovie. Ces résultats sont assurément très remarquables, nous n'avons pas encore vu de document dont les partisans de M. Pasteur puissent tirer un meilleur parti.

M. Alph. Guérin désire formuler quelques réserves relativement aux conclusions du rapport lu dans une des dernières séances par M. Verneuil sur la contagion du tétanos. M. Guérin se plaint que la vieille anatomie pathologique soit un peu délaissée depuis la vogue des recherches microbiennes. Aux trois conclusions qui terminaient son rapport, M Verneuil aurait pu en ajouter une quatrième : c'est que le tétanos est inoculable ; mais quelles parties doit-on inoculer ?

Dans quatre autopsies M. Guérin a nettement constaté un ramollissement de régions limitées de la moelle. C'est là sans doute que se trouve la matière inoculable.

Le discours très nourri de M. A. Guérin appellera une réponse de M. Verneuil. Nous aurons donc prochainement à revenir sur cette discussion.

A. Ch.

LEÇON D'OUVERTURE DU COURS DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES.— M. LE PROFESSEUR BALL.

—

Du délire des persécutions.

L'ouverture du cours de M. le professeur Ball a eu lieu le 11 novembre 1888 en présence d'un auditoire brillant et nombreux. M. Barbier, premier président de la Cour de cassation, M. le Dr Donnet, sénateur de la Haute-Vienne, M. Georges Périn, député, M. Monod, directeur général de l'Assistance publique, MM. les professeurs Cornil et Damaschino, M. le Dr Riche, membre de l'Académie de médecine, et plusieurs agrégés de la Faculté, médecins des hôpitaux, médecins des asiles, ainsi que quelques membres du Conseil municipal de Paris, assistaient à la leçon.

Le professeur, après avoir remercié son auditoire de la sympathie qu'il lui avait toujours témoignée, a fait observer que la Clinique est au nombre des sciences,qui sans vieillir jamais, se répètent toujours. Il a donc choisi pour sujet de sa première conférence une question depuis longtemps discutée et développée dans son cours. Il s'agit du délire des persécutions devenu plus que jamais un sujet plein d'actualité, depuis que des discussions récentes sont venues en modifier les bases et mettre en question ce qui paraissait le mieux démontré; voilà pourquoi cette vieille question se présente avec un relief nouveau et mérite comme toujours d'attirer l'attention de tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la médecine mentale. Mais les persécutés, tout en se ressemblant par divers côtés, présentent des différences tellement tranchées qu'il faut nécessairement pour éviter la confusion les diviser en plusieurs catégories. Il faut donc établir cinq divisions principales, dont chacune fera l'objet d'une conférence à part. Ce sont :

1° Les vrais persécutés : type Lasègue.

2° Persécutés ambitieux : type Foville, Morel, Falret, etc.

3° Persécutés persécuteurs : type Lasègue et type Falret.

4° Folie conjuguée, folie à deux ou à plusieurs, qui relève toujours du délire des persécutions.

5° Les idées de persécutions, qui ne constituent pas un délire particulier, mais qui interviennent à titre de symptômes dans l'alcoolisme, dans l'état sénile, dans la paralysie générale, dans la débilité mentale et dans divers autres états.

M. Ball présente ensuite un malade, dont l'histoire est sans doute bien terne et bien effacée, et qui n'en répond que mieux peut-être au type des vrais persécutés, tel que les a décrits Lasègue.

Un homme de 44 ans, de taille moyenne et d'aspect vigoureux, est amené à la Clinique au mois d'avril 1881. C'est un ouvrier lithographe, qui en 1873 a vu éclater pour la première fois les symptômes d'une perturbation mentale, il présente aujourd'hui le caractère du délire des persécutions. Cet homme, ouvrier laborieux, bien apprécié de ses patrons, bien aimé de ses camarades, est entré dans le délire par la voie des hallucinations. Un jour, sans motif appréciable, il entend ses camarades s'exprimer en termes méprisants sur sa femme à laquelle ils reprochaient de mauvaises mœurs et une tenue débraillée. Pendant longtemps, sans ajouter foi à ces propos calomnieux, il a supporté patiemment les mauvaises plaisanteries de ses camarades. Mais sept ans après le début de la maladie stimulée peut-être par quelques abus alcooliques, il devient moins résigné, plus agressif et se querelle violemment avec ses camarades, qu'il accuse non seulement d'injurier sa femme, mais de déranger ses outils et de lui faire des *misères*. Des discussions on passe aux violences, le malade quitte l'atelier où il travaillait depuis longtemps pour aller chez d'autres patrons où il retrouve les mêmes ennuis. Enfin il cesse complètement de travailler pour s'abandonner à ses malheurs imaginaires. A ce moment, aux hallucinations se joignent des illusions; tous les bruits qu'il entend lui paraissent renfermer des injures à son adresse, les coups de marteau d'un menuisier lui disent *pé-dé-raste*, les ronflements nocturnes de son père se transforment en paroles, qui lui reprochent de ne pas travailler. Enfin ses hallucinations le poussent à commettre des actes tantôt grotesques, tantôt violents et finissent, après une scène un peu vive, par amener son arrestation. Depuis sept ans, il est à la Clinique, et pendant cette longue séquestration, une sobriété forcée a dissipé toute trace d'alcoolisme, mais il reste halluciné et persécuté et, de plus, il devient réticent. C'est avec beaucoup de difficultés qu'on lui arrache un aveu, qui explique en partie son délire; il croit que les misères qu'on lui fait endurer sont une punition qu'on lui inflige pour avoir autrefois servi la Commune. On le voit, cet homme n'a point de persécuteurs et se trouve en butte à une malveillance indéfinie. Mais à traverscette longue évolution, les idées ambitieuses ne se sont pas encore fait jour. Il est modeste, il déclare n'avoir pas de fortune, ne posséder qu'une édu-

cation rudimentaire et ne gagner que sept francs par jour. Cet homme deviendra peut-être ambitieux, mais, à coup sûr, il ne l'est pas encore. Pour le moment, il présente bien le type décrit par Lasègue, le persécuté « qui n'a point d'ennemi », et qui n'a pas encore cherché dans des explications orgueilleuses l'origine de ses misères.

Un point très important à noter chez ce malade, c'est qu'il jouit d'une très bonne santé. C'est que toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement chez lui et qu'il semble destiné à une longue existence autant qu'il est possible de le prévoir.

C'est qu'en effet les persécutés sont des malades bien portants, des aliénés dont les perturbations intellectuelles n'exercent aucun retentissement sur les fonctions de la vie physique et qui diffèrent profondément sous ce rapport des mélancoliques avec lesquels on les a souvent confondus. Bien entendu on peut signaler quelques incommodités, dont souffrent les persécutés et dont il sera question plus tard, mais enfin la plupart d'entre eux paraissent destinés à parcourir une très longue existence et rien n'est moins rare que de rencontrer au fond d'un asile quelques vieux sujets de cette espèce, qui à l'âge de 70 ou 80 ans présentent encore les traits caractéristiques de leur délire.

Le délire des persécutions est donc une maladie d'ordre essentiellement intellectuel, une vraie vésanie, et l'on ne doit pas s'étonner que le premier auteur qui en ait donné une description méthodique n'ait été un grand psychologue, le philosophe Emmanuel Kant. Au reste, comme de tous temps il a existé des persécutés, on trouve partout des observations qui peuvent se rapporter à ce type et surtout dans les auteurs du XVIIe et du XVIIIe siècle.

Esquirol, en créant le groupe des monomanies, a rapporté sous ce titre de nombreuses observations de persécutés, dont quelques-unes appartiennent manifestement au type isolé et décrit plus tard par Lasègue, le véritable créateur, le vrai fondateur de cette maladie, qui n'avait été systématiquement décrite avant lui par aucun observateur médical.

Si l'on remonte à l'origine de l'histoire d'un persécuté, presque toujours on trouve au début un caractère bizarre, défiant, soupçonneux, inquiet, qui déjà renferme en soi le germe du délire qui sera développé plus tard. Ce qui caractérise en effet tous les persécutés, ce qui domine toutes les différences individuelles, c'est l'*autophilie* (expression créée par le professeur Ball) ; c'est l'hypertrophie du *moi*, c'est la tendance à considérer tout par rapport à soi-même, et à se regarder comme le centre du vaste univers. Il résulte de cette disposition d'esprit, une susceptibilité morbide, une tendance à tout prendre de travers, à considérer les événements sous un point

de vue tout particulier, et qui rend leur commerce assez difficile, bien qu'au premier abord ces sujets soient souvent aimables et d'une conversation fort intéressante.

Les persécutés sont en effet les plus intelligents des aliénés, contrairement à l'assertion de Legrand du Saulle. Sans doute on trouve dans leurs rangs des esprits du calibre le plus divers, depuis le simple ouvrier sans instruction jusqu'aux esprits les plus littéraires, les plus distingués et les plus aptes à jouer un rôle éminent, soit en littérature, soit dans les sciences, soit même dans la politique ou dans l'administration.

Mais enfin, le persécuté franchit la barrière qui sépare la raison de la folie, il entre sur le terrain de la pathologie; ce début, comme le dit Lasègue, peut quelquefois s'opérer brusquement, mais le plus souvent il est graduel et progressif.

La première étape est marquée par un état d'inquiétude, de malaise et d'agitation, c'est ce que j'appellerai volontiers la période de défiance.

Soupçonneux à l'excès, le malade promène autour de lui des regards inquiets et recueille avec anxiété des indices d'une conspiration dans les incidents les plus futiles. Mais cette période, comme l'a très justement fait observer Morel, se présente très souvent sous l'aspect de l'hypocondrie. Tandis que les persécutés ordinaires portent leurs préoccupations sur tout ce qui les entoure, les persécutés hypocondriaques portent leurs préoccupations presque entièrement sur l'état de leur santé. Ils entrent par la porte de l'hypocondrie dans la voie qu'ils suivront parallèlement aux autres; au sortir de cette première étape, le malade entre dans la période des interprétations délirantes. Il discute, il interprète tous les événements qui attirent son attention, il les interprète au profit de son délire, qui recevra bientôt un commencement d'organisation. Un phénomène des plus importants marque ordinairement le début de cette période, c'est l'hallucination. Fait d'une importance capitale, le sens de l'ouïe joue ici le premier rôle, les hallucinations auditives non seulement prédominent par leur fréquence et leur intensité, et souvent elles impriment au délire la direction qu'il prendra plus tard. M. Ball passe ensuite à la période de systématisation, dont il analyse le processus psychologique, il montre comment par un travail lent de rédaction, d'arrangement et de critique, les conceptions du persécuté arrivent à former un système complet, cuirassé de toutes parts et prêt à repousser toutes les attaques. Il passe en revue les nombreux phénomènes qui caractérisent cet état d'esprit et montre l'importance capitale du point culminant de cette évolution : le choix d'un persécuteur, qui chez beaucoup de malades ne se produira jamais. Il reste

en butte à la malveillance générale, sans avoir découvert les ennemis qui ont suscité dès le principe ce mouvement de réprobation.

La plupart des malades en restent là, ce sont des vrais persécutés. Mais chez plusieurs d'entre eux, un nouveau phénomène vient s'ajouter au délire primitif, il s'agit des idées ambitieuses. On se trouve alors en présence du type morbide décrit par Morel, Falret, Foville et par un grand nombre d'observateurs modernes. L'étude de ce type fera l'objet de la prochaine conférence.

« Il me reste, ajoute M. Ball, un dernier mot à dire, un dernier devoir à remplir. Vous m'avez souvent entendu prononcer le nom de Lasègue, et vous l'entendrez souvent encore, au cours de ces conférences ; c'est qu'en effet Lasègue marche à la tête de la phalange d'observateurs qui ont parcouru le terrain du délire des persécutions ; et sans méconnaître la valeur des efforts de ses contemporains et des travaux de ses successeurs, on doit le regarder comme le véritable créateur du délire des persécutions. Ce n'est donc pas sans un étonnement mêlé de douleur que j'ai vu s'élever des prétentions qui tendent à le faire descendre de la place qu'il occupe au profit de ceux qui ont suivi ses traces. Pour rendre justice aux vivants, faut-il dépouiller les morts ? Pour moi, fidèle au respect des ancêtres, je ne permettrai jamais, tant qu'il me restera un souffle de vie, qu'on vienne profaner le souvenir de leurs œuvres, et contester les droits qu'ils se sont acquis à l'admiration et à la reconnaissance de la postérité. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 *novembre* 1888. — *Présidence de* M. HÉRARD.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts qui transmet une note de M. Georges Lemoine, agrégé à la Faculté de médecine de Lille, sur l'emploi de l'hyosciamine comme hypnotique (Comm. : MM. Moissan, Laborde, Bucquoy); 2° une lettre de M. le Dr Vidal (d'Hyères), qui se porte candidat au titre de correspondant national (1re division); 3° une lettre de M. Gauly, interne des hôpitaux de Paris, qui demande à être porté sur la liste des candidats pour le concours Vulfranc Gerdy en 1888; 4° une lettre de M. le Dr Sicard de (Béziers), qui prie l'Académie de recevoir en dépôt un pli cacheté (accepté); 5° une lettre de M. le Dr Armand Paulier qui envoie un pli cacheté renfermant une seconde note sur un nouveau mode de préparation du cerveau humain; 6° une note complémentaire sur le traitement de la rage, par M. Pourtalé, vétérinaire à Carbon-Blanc (Gironde).

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA RAGE PAR DIVERSES MÉTHODES. — M. le Dr *Odo Bujioid* (de Varsovie), revenant du laboratoire de M. Pasteur, a traité à Varsovie, du 29 juin 1886 au 1er janvier 1887, 104 personnes mordues par des chiens enragés ou suspects de rage ; il ne refusait que les personnes mordues par des chiens reconnus sains. M. Bujioid n'employait que le traitement simple de M. Pasteur. Il a eu un cas de mort chez un enfant mordu par un chien qu'on n'a pas retrouvé, de sorte qu'on ne peut savoir s'il était enragé.

Dans les sept mois qui ont suivi, il a employé un traitement plus faible encore; sur 193 personnes inoculées, il a eu 8 cas de mort par rage.

A partir du mois d'août 1887, voyant l'impuissance du traitement affaibli, il a appliqué le traitement intensif de M. Pasteur sur 370 personnes, dont 30 avaient été mordues au visage ou à la tête, sans un seul cas de mort. Depuis, seize mois se sont écoulés sans qu'il y ait eu un seul insuccès. Ces 370 personnes, dit M. Bujioid, ont été mordues par des chiens certainement enragés et leurs morsures ont été certainement aussi dangereuses.

Dans le même espace de temps qui correspond à la dernière partie de cette statistique, 8 personnes non traitées sont succombé à la rage à Varsovieou dans les gouvernements voisins.

L'application du traitement intensif a donc été non seulement inoffensive, mais encore parfaitement efficace.

SUR LA CONSTITUTION CHIMIQUE ET HISTOLOGIQUE DES DIFFÉRENTS LAITS. — M. *Béchamp* a fait sur ce sujet une importante communication déjà faite huit jours auparavant à l'Académie des sciences et dont nous donnerons un résumé.

M. *Nocard.* M. Béchamp établit comme un fait démontré que le lait de vache se coagule spontanément. C'est une erreur. M. Nocard conserve depuis plusieurs années du lait de vache non coagulé. Il suffit pour cela de recueillir et de conserver ce lait à l'abri des germes de l'air.

M. *Gariel* présente de la part de M. Eymard-Lacour, pharmacien-major de 1re classe à l'hôpital militaire d'Oran, une étude chimique sur la station thermale d'Hammam Rhira (Algérie).

DE LA CONTAGION DU TÉTANOS. — M. *A. Guérin* trouve que les réserves contenues dans les conclusions du rapport de M. Verneuil contrastent avec les affirmations qu'il avait d'abord formulées. Aux trois conclusions formulées par M. Verneuil, M. Guérin demande à en ajouter une quatrième : le tétanos est inoculable. Les expériences prouvent qu'il y a un virus, mais on n'est pas encore parvenu à dire en quoi il consiste. Dans les tentatives d'inoculations qui ont été faites avec la substance nerveuse, on ne s'est pas demandé s'il n'y

avait pas des lésions limitées de la moelle au niveau desquelles il faudrait chercher des matières à inoculer.

Dans une autopsie faite pendant la guerre par M. Landrieux, dans le service de M. Guérin, à l'hôpital Saint-Louis, on trouva du ramollissement du plancher du quatrième ventricule. A deux autres autopsies on trouva de même des lésions de myélite aiguë partielle en divers points de la moelle ; de même encore dans une quatrième autopsie faite à l'hôpital Cochin.

M. Guérin est donc porté à penser que le tétanos a pour lésion anatomique une myélite aiguë localisée ; c'est là qu'il faudrait aller chercher la matière à inoculer.

On a démontré l'inoculabilité du tétanos, mais on n'a pas encore prouvé que l'agent de l'inoculation fut un micro-organisme. Si le tétanos était dû à un micro-organisme, il faudrait protéger les malades contre ce micro-organisme à l'hôpital. Or, ni le pansement ouaté, ni le pansement de Lister ne mettent à l'abri du tétanos. La cause de la contagion du tétanos n'est donc en rien modifiée par les antiseptiques. M. Guérin pense que le tétanos a pour agent un poison analogue au curare, non susceptible d'être transporté par l'air. Le tétanos ferait donc une classe à part parmi les affections contagieuses, ou bien ce serait la négation de la méthode antiseptique.

M. Guérin a réuni plus de 150 cas de tétanos qui lui ont été fournis par dix vétérinaires. Aucun cas de tétanos sur l'espèce humaine ne s'est produit à leur connaissance, dans les fermes où il y a eu un animal tétanique. Ils ont parfois soigné plusieurs animaux tétaniques, dans une même ferme, mais ces animaux n'avaient eu aucun rapport entre eux.

Si les travaux modernes ont donné la preuve de l'inoculabilité du virus tétanique, ils n'ont pas beaucoup avancé la science au sujet de la contagion.

Le tétanos paraît être épidémique. M. Guérin croit qu'il est dû à une myélite partielle aiguë de nature septique.

M. *Guérin* se demande comment M. Verneuil expliquera la transmission du tétanos du cheval à l'homme et surtout quelle explication il donnera du tétanos que l'on observe en mer et mieux encore dans les pays où la race cheveline n'existe pas?

M. *Verneuil* demande la parole pour répondre dans une prochaine séance avec des documents à l'appui.

Prix Poura. — M. *Laborde* lit son rapport sur le concours du prix Poura. Les conclusions de ce rapport seront lues en comité secret.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions du rapport de M. Laborde et la lecture du rapport de M. Péan sur le prix Amussat.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS.

Séance du 26 avril 1888. — Présidence de M. Letulle.

M. *Verchère* fait une communication sur l'opération de la fistule à l'anus avec tentative de réunion par première intention. (V. *France méd.*, n° 108.)

M. *Letulle* lit un rapport sur la candidature de M. Odriozola (de Lima) au titre de membre correspondant.

M. Odriozola est nommé membre correspondant de la Société.

Les secrétaires des séances,
A. Gilbert, M. Lebreton.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate, professées à l'hôpital Necker, par J. C. Félix *Guyon*, professeur à la Faculté, etc., etc., recueillies et publiées par le Dr F. P. *Guiard*, ancien interne des hôpitaux. (Paris, J. B. Baillière et fils, 1888.)

Nous sommes bien en retard pour rendre compte d'un livre dont la lecture nous a cependant absorbé. Aussi bien, aimons-nous mieux en parler alors que le temps des vacances est passé, et que l'on peut avoir l'espoir d'être lu par un plus grand nombre. Plus de personnes sauront ainsi tout le bien que nous en pensons, quoique l'éloge du maître ne soit plus à faire depuis longtemps.

Continuant avec une infatigable et louable persévérance et avec plus d'ardeur peut-être que jamais, au grand bénéfice de ses nombreux auditeurs et du public médical, ses substantielles leçons à l'hôpital Necker, le professeur Guyon après avoir écrit un livre où il a étudié surtout les symptômes (1) dans les affections des voies urinaires, étudie maintenant plus spécialement certaines maladies et nous donne *ses leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate.*

C'est, on peut le dire, un traité complet des cystites, des néo-

---

Voir Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, 2e édition 1885.

plasmes vésicaux, de l'hypertrophie prostatique, mais avec cette particularité que l'auteur s'appuie sur des faits nombreux d'observation personnelle qui ont été vus, recueillis avec cette sagacité particulière que nous connaissons, et contrôlés avec cet esprit critique si personnel, qui fait du professeur de Necker un si bon juge et un si bon appréciateur.

Le volume contient trente-quatre leçons : sept sont consacrées aux tumeurs de la vessie qui y sont étudiées complètement et avec des documents à l'appui. Il était difficile de donner plus de développement à une pareille question toute d'actualité et de l'éclairer de plus vives lumières.

Cinq sont consacrées aux prostatiques.

Douze aux cystites. M. Guyon a pris pour base de leur classification leur nature, ou mieux leur origine, et il les divise en blennorrhagique, tuberculeuse, calculeuse, des rétrécis, des prostatiques, des néoplasiques : il y ajoute la cystite douloureuse, et la membraneuse, et enfin il étudie la cystite chez la femme : on comprend l'importance de cette division toute naturelle et essentiellement clinique. Aussi n'insisterai-je pas sur l'intérêt qu'on éprouve à lire tous ces chapitres.

L'ouvrage commence par des leçons sur des sujets détachés et d'une grande importance qu'il était utile de mettre en relief.

1° Des hématuries dans les rétentions d'urine.

2° De la sensibilité de la vessie au contact et à la distension dans l'état pathologique et physiologique.

3° Des injections intra-vésicales.

4° Du traitement de la cystite chronique douloureuse par les instillations de nitrate d'argent.

Diagnostic différentiel de la cystite tuberculeuse et de la cystite blennorrhagique.

Diagnostic des calculs vésicaux.

De l'extraction des corps étrangers de la vessie chez l'homme.

Le livre se termine par une leçon sur les prostatites aiguës, une sur les prostatites chroniques et une dernière sur la carcinose prostato-pelvienne diffuse.

Par l'énumération des sujets, on jugera de l'importance des matières, et on comprendra que nous n'insistions pas beaucoup sur l'analyse de ces différents chapitres, le cadre de ce journal ne pouvant se prêter à un travail qui serait forcément très long. Du reste, il en est des livres comme de certaines œuvres d'art : ils valent par la signature. Nous savons que celle qui est au bas de ce livre émane d'un homme consciencieux (je ne parle pas ici du savant, cela va sans dire). Nous pouvons être sûr que ce qu'il contient est bon : car

il ne se serait pas donné la peine de l'écrire et de le publier. Dans ces conditions, le recommander est superflu ; le signaler suffit, et comme à côté de parties exclusivement scientifiques et empreintes de la plus haute science, il fourmille de renseignements et de conseils pratiques, il sera lu par tous. Qu'il nous soit permis d'ajouter que M. Guiard qui a publié ces leçons a su exprimer avec beaucoup de fidélité la pensée du maître : il aura contribué pour sa part au succès de l'ouvrage.

P. BAZY.
Chirurgien des hôpitaux.

NÉCROLOGIE

Le Dr FRÉMY (Charles), médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

Le Dr Jean-Marie-Victor DUPRÉ, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu, président de la Société médicale de l'Ain, chevalier de la Légion d'honneur et de l'Ordre des St-Maurice et Lazare, est décédé à Bourg, le 9 novembre, dans sa 83e année.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Par décret, en date du 10 novembre 1888, ont été nommés : 1° professeur de pathologie interne, M. Carrier, agrégé des Facultés de médecine ; 2° professeur d'anatomie, M. le Dr Paulet.

— Par arrêté ministériel, en date du 7 novembre 1888, est rapporté l'arrêté du 9 octobre, portant qu'un concours s'ouvrira le 12 avril 1889, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Marseille.

RÉUNION DES ANCIENS MÉDECINS ET PHARMACIENS DE LA MARINE. — Le troisième dîner des anciens médecins et pharmaciens de la marine a eu lieu le mardi, 6 novembre, au Cercle militaire de l'avenue de l'Opéra, sous la présidence du Dr Ad. Nicolas. Plusieurs médecins de la province s'étaient joints à leurs confrères de Paris. On peut considérer l'association comme fondée désormais. On s'en tiendra jusqu'à nouvel ordre aux deux dîners annuels sans autre participation pécuniaire. Le prochain est fixé au 28 mai. Les adhésions conditionnelles ou définitives peuvent être adressées dès à présent au président.

RESPONSABILITÉ DES PARENTS. — Dans son audience du 22 octobre, la Cour d'appel de Paris a confirmé un jugement rendu le 27 juillet dernier par le Tribunal correctionnel de cette ville contre des parents dont l'enfant, atteint par hérédité d'une maladie contagieuse d'un caractère spécial, avait communiqué cette maladie à sa nourrice.

Ainsi donc, la jurisprudence tend à s'établir que les mots *coups et blessures* comprennent dans leur généralité toute lésion ou maladie ayant

pour cause l'un des faits prévus par l'article 319 du Code pénal, et s'appliquent par suite au mal vénérien communiqué à une nourrice par un enfant que ses parents, la sachant malade, commettent l'imprudence de ne pas le faire préalablement examiner.

ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ. — *Cours de thérapeutique hydro-minérale.* — Le Dr P. Bouloumié commencera son cours de thérapeutique hydro minérale le mardi 20 courant à 5 heures, amphithéâtre n° 2 et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Ce cours en 12 leçons comprendra une étude sommaire des eaux minérales et de leur classification, une étude comparative de leurs indications et contre-indications et de leurs applications thérapeutiques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Essai sur le mal de tête, par le docteur Johannès CHAUMIER, ancien externe des hôpitaux de Lyon. Paris 1888, grand in-8° de 100 pages. Prix : 2 fr. 50.

La prostitution, au point de vue de l'hygiène et de l'administration en France et à l'étranger, par le docteur L. REUSS, Paris 1889, 1 vol. in-8 de 736 pages. Prix : 7 fr. 50.

L'Année médicale 1887. — Le Dr BOURNEVILLE vient de faire paraître chez Lecrosnier et Babé le dixième tome de l'*Année médicale*. Cette publication, commencée en 1878, obtient auprès du public auquel elle s'adresse un succès qui ne se dément pas. Elle est, en effet, d'une utilité réelle pour les médecins et les élèves qui, sans perte de temps et sans peine trouvent ainsi, résumés en un petit nombre de pages, les principaux progrès réalisés pendant l'année dans le domaine des sciences médicales.

Les collaborateurs du volume de 1887 sont : MM. P. Loye pour l'Anatomie et la Physiologie ; Capitan pour la Pathologie générale ; Brissaud et Œttinger pour les maladies des voies respiratoires ; Comby pour les maladies du cœur et des reins ; D. Aigre pour les maladies de l'estomac et du foie ; Marie et Guinon pour les maladies du système nerveux ; Reraval pour la psychiatrie ; Sosias pour la médecine légale : Pliqué pour les maladies de l'enfance ; Tavernier pour la dermatologie ; Baudoin pour la chirurgie ; Malherbe pour les affections des voies urinaires ; Baratoux pour les maladies de l'oreille ; Poncet pour l'ophthalmologie ; Maygrier pour l'obstétrique et la gynécologie ; Cruet pour l'odontologie ; Bottez pour la thérapeutique ; Vigouroux pour l'électrothérapie ; Dalié pour la climatologie et l'hydrologie médicale. Enfin, dans une intéressante revue, Gilles de la Tourette énumère et discute les différentes réformes proposées ou accomplies récemment dans l'enseignement officiel, dans les services de l'Assistance publique et dans le corps de santé de l'armée.

Le Propriétaire-Gérant : Dr K. BOTTENTUIT.

Paris.—A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3

35e Année. — Tome II. N° 137 Jeudi 22 Novembre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 21 *novembre* 1888.

Un médecin de Varsovie, le docteur Odo Bujioid, a fait hier à l'Académie de médecine, après l'avoir faite la veille à l'Académie des sciences, une communication qui apportera un solide appoint aux théories pastoriennes. Après avoir passé quelque temps au laboratoire de M. Pasteur, M. Bujioid, de retour à Varsovie, a appliqué le procédé qu'il avait vu employer à Paris. La rage, dans la Pologne russe, a subi brusquement, paraît-il, depuis les inoculations pastoriennes, l'augmentation de fréquence qu'elle présente également en France, car en six mois M. Bujioid pouvait inoculer 104 personnes en employant le traitement simple de M. Pasteur ; sur ces 104 personnes un enfant mourait mordu par un chien qu'on n'a pas retrouvé et chez lequel par conséquent la rage était douteuse. Un peu effrayé et surtout influencé par les travaux que Frisch (de Vienne) faisait paraître à cette époque, M. Bujioid, sur une nouvelle série de 193 personnes inoculées en sept mois, appliqua un traitement plus atténué, il eut 8 cas de mort par rage. Il se mit alors bravement à appliquer la méthode intensive que M. Pasteur lui-même n'emploie qu'avec circonspection et sur 370 personnes mordues par des chiens enragés, il n'eut aucun insuccès. Cela dure depuis seize mois. Pendant le même temps, 8 personnes non inoculées mouraient de la rage à Varsovie. Ces résultats sont assurément très remarquables, nous n'avons pas encore vu de document dont les partisans de M. Pasteur puissent tirer un meilleur parti.

M. Alph. Guérin désire formuler quelques réserves relativement aux conclusions du rapport lu dans une des dernières séances par M. Verneuil sur la contagion du tétanos. M. Guérin se plaint que la vieille anatomie pathologique soit un peu délaissée depuis la vogue des recherches microbiennes. Aux trois conclusions qui terminaient son rapport, M Verneuil aurait pu en ajouter une quatrième : c'est que le tétanos est inoculable ; mais quelles parties doit-on inoculer ?

-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. Nº 138. SAMEDI 24 NOVEMBRE 1888.

LA

RANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

UREAUX
s'abonne chez
OSNIER et BABÉ
Place
École-de-Médecine
PARIS

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........ 15 fr.
UNION POSTALE.... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

...sser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
...ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome II. N° 138 Samedi 24 Novembre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Fracture longitudinale de la voûte du crâne sans enfoncement, siégeant à gauche, avec attrition profonde des zones motrices de l'hémisphère cérébral correspondant. — Hémiplégie droite totale avec aphasie motrice. — Plus tard, phénomènes spasmodiques et convulsions occupant les muscles non paralysés. — Trépanation. — Encéphalocèle consécutive. — Guérison avec retour partiel de la parole et de la motilité (1).

Par M. Paul Berger,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

L'opération du trépan a traversé depuis la fin du siècle dernier, les vicissitudes les plus extrêmes : Après une longue période de vogue, elle était, il y a quelques années à peine, tombée dans un tel discrédit qu'un chirurgien allemand célèbre a pu dire : « que pour « appliquer le trépan il fallait que le chirurgien lui-même fût malade « du cerveau. » Elle se relève aujourd'hui de cette proscription et sous l'influence du double progrès réalisé dans le champ de ses indications par l'étude et la détermination des localisations cérébrales, et dans ses résultats par l'observation des principes de la méthode antiseptique, l'on voit tous les jours s'étendre ses attributions.

Il est donc plus que jamais utile de recueillir avec soin les faits qui la concernent et de les étudier afin de déterminer avec une précision toujours plus grande quels sont les cas où l'on doit recourir à son application, quel bénéfice dans chacun d'eux l'on peut attendre d'elle. C'est à ce point de vue que je publie l'observation d'un malade

(1) Observation communiquée à la Société médicale du VIIe arrondissement, dans la séance du 24 juillet 1888.

qui se trouve encore actuellement dans mes salles à l'hôpital Lariboisière, et que je la fais suivre de quelques courtes réflexions.

OBSERVATION. — Le 4 juin, je trouve au lit n° 3 de la salle Chassaignac, un blessé qui a été admis la veille au soir ; cet homme, âgé de 33 ans, garçon marchand de vins, a fait une chute de plusieurs mètres dans les escaliers, et il a été apporté à l'hôpital dans un état de perte de connaissance complète.

Le 4, au matin, il présente encore les caractères d'une commotion cérébrale grave. En l'examinant, on trouve au niveau de la bosse pariétale gauche, une tuméfaction diffuse, de consistance œdémateuse, constituée par un épanchement sanguin infiltrant les parties molles de cette région. Cette tuméfaction se prolonge sur la moitié gauche du front et même sur la partie correspondante de la face ; l'arcade sourcilière et les paupières gauches sont fortement œdématiées et tout autour de l'orbite s'observe déjà une large ecchymose. Il n'y a pas de modification de la coloration normale de la conjonctive.

La palpation de la région tuméfiée est douloureuse ; vers la bosse pariétale gauche, au centre de la bosse sanguine on sent une dépression que l'on retrouve, du reste, au point symétriquement placé à droite et qui paraît due à une disposition particulière de la voûte du crâne.

Il n'y a eu ni vomissements ni crachement de sang; aucun écoulement ne s'est fait jour par les oreilles.

Le blessé est dans une prostration complète, d'où l'on ne peut le tirer que par de fortes excitations. Cet état de torpeur ne permet pas de constater avec exactitude les troubles moteurs et sensitifs dont il peut être atteint. On remarque néanmoins une inertie absolue des membres inférieur et supérieur du côté droit.

Le pouls est normal ; le malade rend involontairement ses urines, la respiration est calme.

Diagnostic : *fracture longitudinale (antéro-postérieure) de la voûte crânienne, située à gauche, sans enfoncement apparent, irradiée probablement au frontal et à la voûte orbitaire.*

Aucun des phénomènes observés n'inspirant de craintes immédiates, on surseoit à toute intervention chirurgicale active, et l'on se borne à pratiquer une saignée du bras et à employer les révulsifs cutanés.

Le 5 et le 6 juin, l'état du malade se modifie ; l'hébétude diminue et l'on peut procéder à un examen plus complet des troubles fonctionnels :

Il existe une hémiplégie droite motrice complète, occupant les membres supérieur et inférieur dans leur totalité. La sensibilité est conservée, car le blessé réagit par les mouvements exécutés avec les

membres gauches à chaque excitation douloureuse portée sur le côté droit. Les mouvements réflexes sont normaux au membre inférieur ; au membre supérieur ils ne consistent qu'en des contractions faibles de l'épaule.

Il existe une paralysie complète de la moitié droite de la face.

Les pupilles sont égales et contractiles.

Le malade est encore plongé dans une torpeur générale dont on peut le faire sortir pour un moment en lui parlant. On peut aisément se convaincre qu'il distingue et même qu'il reconnaît divers objets qu'on lui présente (un verre de vin, un journal); il répond par signes, bien qu'avec effort, et cherche en vain à articuler quelques paroles. Il existe une aphasie motrice complète; il n'y a néanmoins ni surdité, ni cécité verbale et le blessé fait un signe négatif lorsqu'on lui présente un objet différent que celui dont on lui prononce le nom.

Le 6, l'aphasie est plus marquée que le 5. La torpeur et l'hébétude paraissent augmenter. Le 7, au matin, je trouve le blessé plongé dans le coma le plus complet ; de temps en temps se produisent des convulsions cloniques du côté gauche de la face, dont les muscles, ceux des lèvres, ceux des paupières, sont animés de contractions spasmodiques intermittentes produisant un clignement continuel, une sorte de tremblement de la joue, des lèvres et du menton ; les muscles masticateurs présentent des contractions analogues qui se traduisent par un claquement de dents. La face est tournée à gauche et immobilisée dans cette position par la contraction des muscles du cou; les deux yeux sont fixés en déviation conjuguée vers la droite. Le membre supérieur gauche est contracturé. L'hémiplégie droite est toujours absolue.

La température est à 38°, les urines sont involontairement rendues.

En présence de cette aggravation rapide, de ces phénomènes d'encéphalite ou tout au moins d'irritation encéphalique, je me hâte de pratiquer la trépanation après avoir pris l'avis conforme et avec l'aide de mon collègue, M. le Dr Perier.

Le crâne est rasé avec soin, savonné et nettoyé à la brosse, puis lavé à la solution phéniquée à 5 0/0. Avec les précautions antiseptiques strictes, une grande incision cruciale est pratiquée sur la région pariétale, au niveau de la partie supérieure de la bosse sanguine. Le péricrâne est intact, mais après l'avoir décollé de la table externe du crâne, on tombe sur une grande fissure antéro-postérieure sans enfoncement qui part de la suture fronto-pariétale gauche et qui paraît s'étendre fort loin en arrière ; elle traverse tout le champ de l'incision qui mesure près de 8 centimètres d'avant en arrière. La partie moyenne de cette fissure présente une petite esquille qu'on enlève avec un élévatoire et qui ne comprend que la

table externe. Deux couronnes de trépan placées au-dessous de cette fissure permettent de réséquer une étendue du pariétal de 3 à 4 centimètres carrés. Il n'y a pas d'enfoncement de la table interne.

La dure-mère étant incisée, on voit faire saillie une masse de caillots noirâtres qui reçoivent les battements du cerveau; en les enlevant, on pénètre dans un énorme foyer traumatique creusé dans l'hémisphère cérébral (d'après la situation de la trépanation, vers la partie supérieure et en avant du sillon de Rolando.) Ce foyer sanguin est plein de caillots qui sortent mélangés à de la pulpe cérébrale : le doigt pénètre dans cette cavité à 4 centimètres de profondeur; explorant la surface intérieure de la voûte crânienne, il ne découvre nulle part d'esquille ni de fragment enfoncé.

On ne pratique aucune irrigation dans cette cavité; après l'avoir débarrassée très doucement, mais le plus complètement possible des caillots qui la remplissent, on fait un lavage extérieur, et on ferme la plaie des parties molles en réunissant les bords des incisions par la suture; au milieu de la plaie on laisse à demeure une mèche de gaze antiseptique au salol pénétrant jusque dans la cavité et on place un petit tube à drainage à l'un de ses angles; on recouvre la région d'un pansement compressif à l'iodoforme.

Aussitôt après l'opération, les phénomènes d'excitation se dissipent; les secousses de la face réapparaissent quelques instants dans la journée, mais pour ne plus se reproduire. La déviation conjuguée des yeux, la contracture du membre supérieur gauche ont totalement disparu. La température redescend à 37°,5 et se maintient les jours suivants entre 37° et 37°,4.

Le troisième jour (9 juin), on renouvelle le pansement et on enlève la mèche et le drain; par le centre de la plaie commence à faire saillie une encéphalocèle. Celle-ci s'accroît rapidement : le 12 juin elle a le volume d'une grosse noix; elle présente des battements très prononcés; sa base est étranglée par l'ouverture qui lui donne passage, sa surface est grisâtre.

L'hémiplégie est toujours complète, mais le malade a repris toute sa connaissance; il comprend ce qu'on lui demande, répond par signes aux questions; il parvient même avec effort à dire *vin rouge* quand on lui présente un verre plein de vin. Il se remue dans son lit, boit et mange avec appétit; mais il rend involontairement ses matières et ses urines.

Le 16, la température s'élève au-dessus de 38°, la partie superficielle de l'encéphalocèle s'est nécrosée et se détache (examinée au microscope, on l'a trouvée composée exclusivement d'éléments de la névroglie); un peu de suppuration s'est produite à sa base. Cette légère exacerbation se calme au bout de deux jours : l'encéphalocèle,

très réduite de volume, diminue de jour en jour par une rétraction qui l'amène au bout de quinze jours à ne plus être représentée que par une couche de bourgeons charnus de niveau avec le cuir chevelu, mais présentant toujours des battements.

Dès le 14 ou le 15 juin, l'état intellectuel du blessé fait des progrès rapides. Il peut lire, bien qu'avec peine, dans un journal, les caractères ordinaires. Il prononce, mais avec effort et en se trompant fréquemment de mots quelques bouts de phrases. La paralysie des membres et du côté droit de la face reste néanmoins la même et commence à s'accompagner d'une atrophie musculaire pour laquelle on tente de soumettre les membres à l'action des courants ; mais le malade se refuse absolument à se soumettre à ce traitement. Au membre inférieur on observe une exagération des réflexes, et les excitations y développent des accès convulsifs localisés, dont on peut indéfiniment prolonger la durée en exerçant la tonicité des muscles.

Jusqu'au 15 juillet, à part un peu d'amélioration dans la parole, l'état reste à peu près le même. A cette époque, la plaie du cuir chevelu est complètement cicatrisée.

Les quelques réflexions que me suggèrent le fait que je viens de rapporter ont trait au diagnostic des accidents cérébraux consécutifs aux fractures du crâne, et aux indications que ces accidents font naître.

I. — Pour ce qui est du *diagnostic*, vous remarquerez que la nature des accidents immédiats produits par le traumatisme ne présentait qu'un point obscur, mais que ce point était d'une certaine importance au point de vue de la détermination chirurgicale à prendre : il s'agissait évidemment d'une contusion cérébrale avec attrition ou déchirure de la substance cérébrale en un point précis correspondant à la paralysie motrice et à l'aphasie observées dès le début, et cette contusion ou cette attrition cérébrale s'accompagnait des phénomènes ordinaires de la commotion grave. Le point obscur était le suivant : la lésion cérébrale était-elle produite par l'enfoncement d'un fragment du crâne comprenant toute l'épaisseur de ce dernier ou sa table interne seulement, ou avait-elle été le résultat de l'action mécanique transmise par les parois osseuses du crâne sans qu'il y eût d'enfoncement de ces parois ? J'étais plus disposé à me ranger à la seconde de ces hypothèses, car on ne trouvait aucune dépression positive de la surface du crâne au niveau du point où l'épanchement sanguin indiquait qu'avait porté la violence ; d'autre part, il s'agissait d'une fracture longitudinale de la voûte, et ces fractures, on le sait, s'accompagnent très rarement du détachement

et de l'enfoncement de fragments appartenant à la table interne. Mais je ne pouvais avoir sur ce point qu'une opinion plus ou moins fondée et non une certitude.

Les accidents consécutifs qui se développèrent le troisième jour et qui me déterminèrent à intervenir étaient d'une interprétation plus aisée : on ne pouvait les attribuer uniquement à la compression du cerveau par un épanchement sanguin graduellement développé à sa surface ou dans son intérieur ; on sait que l'un des principaux caractères des troubles produits par la compression cérébrale est de survenir et de s'accroître progressivement quelque temps après l'accident ; or, la modification dans l'état de notre blessé avait été presque subite ; elle n'avait été annoncée les jours précédents par aucune modification appréciable des phénomènes observés dès son entrée. Ces accidents, d'ailleurs, ne concordaient pas avec ceux que l'on considère généralement comme indiquant une compression de l'encéphale : ceux-ci sont les paralysies ou les contractures occupant le côté opposé à la blessure et développées quelque temps après l'accident pour s'accroître progressivement, le pouls lent, tendu, que l'on désigne sous le nom de *pouls de compression*, l'altération du rythme respiratoire, notamment la respiration stertoreuse, les vomissements et quelques autres symptômes d'une observation moins commune, comme les phénomènes oculo-pupillaires, la déviation conjuguée des yeux, etc. Quoiqu'il ne faille pas attacher une trop grande importance à des distinctions peut-être un peu doctrinales, il est certain que les phénomènes de contracture et les convulsions spasmodiques survenues brusquement chez le malade en question, dans les membres et les parties du corps non paralysées, que l'apparition de la fièvre, que l'état comateux où il était subitement tombé indiquaient bien plutôt une inflammation, une encéphalite commençante, développée autour du foyer de contusion de l'encéphale, qu'une compression pure et simple ; si pourtant l'on veut associer ces deux choses, je dirai que les accidents qui menaçaient l'existence du blessé étaient ceux de l'encéphalite développée autour d'un corps étranger, épanchement sanguin, ou fragment osseux, comprimant et irritant le cerveau.

Quant au siège de la lésion, il était indiqué par les signes locaux, l'épanchement sanguin dans le péricrâne et la sensibilité à la pression, signes qui concordaient rigoureusement avec les notions fournies par les troubles fonctionnels : la paralysie motrice des membres supérieur et inférieur et l'aphasie indiquaient, en effet, une lésion cérébrale étendue, occupant la partie postérieure du lobe frontal gauche, 3e circonvolution frontale, circonvolution frontale ascendante, et la zone supérieure du sillon de Rolando du même

côté, circonvolution pariétale ascendante et lobule pariétal supérieur. Ces régions de l'écorce cérébrale correspondent, en effet, exactement avec le siège présumé de la fracture qui traversait le pariétal à trois bons travers de doigt au-dessus du pavillon de l'oreille pour tomber sur la suture fronto-pariétale.

Ce diagnostic précis de la lésion cérébrale comme siège et comme nature pouvait seul permettre de résoudre la question de l'indication, c'est-à-dire de l'intervention chirurgicale.

(*La suite au prochain numéro*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 *novembre* 1888. — *Présidence de* M. POLAILLON.

M. *Trélat* présente une aiguille construite sur les indications du Dr Lamblin et destinée à remplacer l'aiguille de Reverdin. Le chas de cette aiguille s'ouvre et se ferme automatiquement par la seule pression des tissus, quand on enfonce et quand on retire l'instrument; elle a de plus l'avantage de se prêter à toutes les courbures.

M. *Nélaton* a fait aussi construire une aiguille analogue; mais c'est un petit ressort qui ouvrait et fermait le chas. Cette aiguille lui a servi dans plusieurs opérations de fistules vésico-vaginales; elle est très commode à manier pour la suture des muqueuses, mais sa flexibilité devient un défaut dans les sutures de la peau qui est plus résistante.

M. *Monod* s'est servi d'une aiguille semblable à celle de M. Nélaton, construite par M. Aubry.

TRAITEMENT DU CANCER UTÉRIN. (Suite de la discussion). — M. *Schwartz* est de l'avis de ses collègues qui disent que le moment n'est pas encore venu de comparer l'amputation partielle à l'ablation totale. Chacune de ces opérations a ses indications. Mais il tient à donner le compte rendu de sa pratique. Il a fait 11 amputations du col dont 5 pour des cancers. Sur ces 5 amputations faites à l'anse galvanocaustique il a une malade atteinte d'épithélioma lobulé, et revue bien portante 4 ans après l'opération; deux autres guéries mais qu'il n'a pu suivre et enfin deux récidives, l'une de huit mois, l'autre de six mois après l'intervention. Il a aussi pratiqué une opération supra-vaginale avec cautérisation au thermo-cautère de la partie évidée. La mort est arrivée par récidive au bout de 10 mois. Enfin en juillet 1888 il a fait une hystérectomie vaginale totale qui est en pleine récidive à l'heure actuelle.

M. *Monod* a fait plusieurs grattages de cols cancéreux, mais il n'a

pratiqué que deux hystérectomies. Dans ces deux cas l'opération fut faite par le vagin et le succès opératoire fut complet ; mais sa première malade qui avait à gauche le ligament large envahi par le néoplasme eut une récidive dans la cicatrice et mourut 14 mois après l'intervention et la seconde ne survécut que huit mois à l'opération. Pourtant il s'agissait d'un mal pris presque à son début, sans envahissement des culs-de-sac, d'une femme dans un bon état général. M. Trélat consulté avait aussi conseillé l'intervention ; au bout de 5 mois la récidive apparaissait.

Corps étrangers articulaires. — *M. Kirmisson* lit un rapport sur deux observations de MM. Krug-Basse et Claudot. Il s'agit de deux cas des corps étrangers articulaires traités par l'arthrotomie. Dans ces deux faits, la section fut faite sur le corps mobile maintenu ; l'hydarthrose se vida d'elle-même ; on ne pratiqua pas de lavage de l'article ; on ne sutura pas la synoviale ; les bords de l'incision seuls furent rapprochés par trois et quatre points de suture, et le drainage ne fut pas fait. Dans leurs réflexions, MM. Krug-Basse et Claudot insistent sur les deux points vraiment intéressants de la question, la pathogénie des arthrophytes et leur traitement.

M. Claudot pense qu'il faut faire au traumatisme une part plus large que celle qui lui est échue dans la formation des corps articulaires. Son observation est typique ; non seulement l'étiologie, mais l'examen histologique qui montre à la coupe un cartilage diarthrodial bien net prouvent que l'arthrophyte a été détachée d une surface articulaire.

M. Krug-Basse, au contraire, a opéré un homme qui n'avait pas subi de traumatisme, et pourtant le corps mobile enlevé a la structure d'un corps traumatique, il présente un noyau osseux et une surface cartilagineuse ; comme on le voit, la question est complexe.

M. Kirmisson admet sans conteste l'existence des corps traumatiques et rappelle le cas de M. Bœckel dans lequel une partie du radius détachée se trouvait dans l'articulation du coude.

Mais il ne faut pas oublier le mécanisme de la séquestration, qui dans une articulation malade peut séparer une parcelle articulaire.

Il a eu l'occasion d'opérer un sujet atteint d'arthropathie tabétique chez lequel il y avait à la fois un corps formé par séquestration et des noyaux dans les franges articulaires. Au point de vue thérapeutique, il approuve l'opération sans drainage et sans suture de la synoviale ; c'est ainsi qu'il traite et les corps articulaires et les kystes synoviaux.

M. Trélat ne place pas de drain dans les cas analogues et il a réuni aussi par première intention dix kystes synoviaux du poignet

Dans les cas hypertrophiques analogues à celui de M. Terrier, il s'est bien trouvé de l'opération d'Huguier.

M. *Trélat* estime que l'opération de M. Terrier peut trouver son application dans les cas de prolapsus simple de l'utérus.

BAZY.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS.

Séance du 10 *mai* 1888. — *Présidence de M.* RENDU.

M. *Ruault* lit un travail sur l'hypertrophie de la quatrième amygdale (amygdale linguale). (V. *France médicale*, pp. 781, 794, 815.)

M. *Rendu* demande si la quatrième amygdale est parfois altérée dans la fièvre typhoïde et si, dans l'amygdalite aiguë, l'on constate l'inflammation de la quatrième amygdale.

M. *Ruault* a recherché l'état de la quatrième amygdale dans deux cas d'amygdalite aiguë simple et dans un cas d'amygdalite phlegmoneuse; dans ces trois cas, la quatrième amygdale était inaltérée. Dans une des observations qu'il vient de relater, il est noté que l'hypertrophie de la quatrième amygdale a suivi la fièvre typhoïde.

M. *Comby* lit une observation intitulée : Embarras gastrique hyperthermique. Guérison par le naphthol. (V. *France médicale*, p. 701.)

M. *Ruault*, ayant été pris il y a quelques mois d'une amygdalite phlegmoneuse très intense, s'est soumis au régime lacté et a ingéré, sur le conseil de M. Bouchard, 1 gramme de sulfate de quinine et 2 grammes de naphthol par jour. Au bout de deux ou trois jours, il a été complètement guéri. Depuis cette époque, il a prescrit avec un égal succès le naphthol à trois personnes atteintes d'amygdalite phlegmoneuse.

Les Secrétaires des séances,
A. GILBERT, M. LEBRETON.

BIBLIOGRAPHIE

ATLAS D'ANATOMIE CHIRURGICALE, par le Dr J. A. *Fort*, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien professeur libre d'anatomie à l'École pratique, un vol. in-4° relié, Paris, Lecrosnier et Babé, 1888.

Cet ouvrage, comme tous ceux déjà publiés par notre confrère, est remarquable par la clarté et la netteté des détails aussi bien que par l'explication détaillée des planches, les applications pathologiques et physiologiques intercalées à propos. On retrouve dans ces vingt-deux planches les détails des principales régions du corps humain.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 138. SAMEDI 24 NOVEMBRE 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........ 15 fr.
UNION POSTALE.... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 12, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

Samedi 1er. — Médecine opératoire : MM. Duplay, Berger, Quénu. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Laboulbène, Mathias-Duval, Campenon. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Dieulafoy, Hanot, Hutinel. — 5e examen, doctorat (1e partie), Hôtel-Dieu : MM. Panas, Maygrier, Schwartz. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Lancereaux, Raymond.

Thèses pour le doctorat. — *Mercredi* 28, à 1 heure. — M. Bartu... : Contribution à l'étude de l'écholalie, de la coprolalie et de l'imitation des gestes chez les dégénérées. *Président* : M. Charcot. — M. Chauv... : hernies inguinales congénitales. *Président* : M. Trélat. — M. Cha... : De la diarrhée matinale. *Président* : M. Damaschino. — M. Ba... : Recherches cliniques sur l'alcoolisme chronique tendant à la démence. *Président* : M. Damaschino.

Jeudi 29, à 1 heure. — M. Fesquet : Contribution à l'étude de l'approvisionnement d'eau de boisson. *Président* : M. Brouardel. — M. Courrier : Des rapports de la chlorose avec la dilatation de l'estomac. *Président* : M. Bouchard. — M. Gilles : De la double forme plus spécialement considérée dans ses rapports avec la paralysie générale. *Président* : M. Ball. — M. Zaldivar : De la nature hystérique de la tétanie. *Président* : M. Dieulafoy.

NOUVELLES

Ophthalmologie. — M. Gillet de Grandmont a commencé son cours de médecine opératoire sur les yeux, le vendredi 16 novembre à 8 heures du soir, à l'École pratique, amphithéâtre n° 8, et le continuera les ... et vendredis suivants à la même heure.

Les élèves seront exercés à la pratique des opérations.

Bulletin de la mortalité *du* 11 *au* 17 *novembre* 1888. — Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 6. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, ... Diphtérie, Croup, 28. — Phthisie pulmonaire, 154. — Autres tuberculoses, 19. — Tumeurs cancéreuses et autres, 46.

Méningite, 30. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 41. — Paralysie, ... — Ramollissement cérébral, 08. — Maladies organiques du cœur, 64.

Bronchite aiguë et chronique, 61. — Broncho-pneumonie et pneumonie, ...

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 57.

Fièvre et péritonite puerpérales, 1. — Autres affections puerpérales, 3.

Débilité congénitale, 20. — Sénilité, 24. — Suicides et autres morts violentes, 33. — Autres causes de mort, 172. — Causes inconnues, 8.

Nombre absolu de la semaine : 873. — Résultat de la semaine précédente : 956.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

membres gauches à chaque excitation douloureuse portée sur le côté droit. Les mouvements réflexes sont normaux au membre inférieur ; au membre supérieur ils ne consistent qu'en des contractions faibles de l'épaule.

Il existe une paralysie complète de la moitié droite de la face.

Les pupilles sont égales et contractiles.

Le malade est encore plongé dans une torpeur générale dont on peut le faire sortir pour un moment en lui parlant. On peut aisément se convaincre qu'il distingue et même qu'il reconnaît divers objets qu'on lui présente (un verre de vin, un journal); il répond par signes, bien qu'avec effort, et cherche en vain à articuler quelques paroles. Il existe une aphasie motrice complète; il n'y a néanmoins ni surdité, ni cécité verbale et le blessé fait un signe négatif lorsqu'on lui présente un objet différent que celui dont on lui prononce le nom.

Le 6, l'aphasie est plus marquée que le 5. La torpeur et l'hébétude paraissent augmenter. Le 7, au matin, je trouve le blessé plongé dans le coma le plus complet ; de temps en temps se produisent des convulsions cloniques du côté gauche de la face, dont les muscles, ceux des lèvres, ceux des paupières, sont animés de contractions spasmodiques intermittentes produisant un clignement continuel, une sorte de tremblement de la joue, des lèvres et du menton ; les muscles masticateurs présentent des contractions analogues qui se traduisent par un claquement de dents. La face est tournée à gauche et immobilisée dans cette position par la contraction des muscles du cou ; les deux yeux sont fixés en déviation conjuguée vers la droite. Le membre supérieur gauche est contracturé. L'hémiplégie droite est toujours absolue.

La température est à 38°, les urines sont involontairement rendues.

En présence de cette aggravation rapide, de ces phénomènes d'encéphalite ou tout au moins d'irritation encéphalique, je me hâte de pratiquer la trépanation après avoir pris l'avis conforme et avec l'aide de mon collègue, M. le Dr Perier.

Le crâne est rasé avec soin, savonné et nettoyé à la brosse, puis lavé à la solution phéniquée à 5 0/0. Avec les précautions antiseptiques strictes, une grande incision cruciale est pratiquée sur la région pariétale, au niveau de la partie supérieure de la bosse sanguine. Le péricrâne est intact, mais après l'avoir décollé de la table externe du crâne, on tombe sur une grande fissure antéro-postérieure sans enfoncement qui part de la suture fronto-pariétale gauche et qui paraît s'étendre fort loin en arrière ; elle traverse tout le champ de l'incision qui mesure près de 8 centimètres d'avant en arrière. La partie moyenne de cette fissure présente une petite esquille qu'on enlève avec un élévatoire et qui ne comprend que la

table externe. Deux couronnes de trépan placées au-dessous de cette fissure permettent de réséquer une étendue du pariétal de 3 à 4 centimètres carrés. Il n'y a pas d'enfoncement de la table interne.

La dure-mère étant incisée, on voit faire saillie une masse de caillots noirâtres qui reçoivent les battements du cerveau ; en les enlevant, on pénètre dans un énorme foyer traumatique creusé dans l'hémisphère cérébral (d'après la situation de la trépanation, vers la partie supérieure et en avant du sillon de Rolando.) Ce foyer sanguin est plein de caillots qui sortent mélangés à de la pulpe cérébrale : le doigt pénètre dans cette cavité à 4 centimètres de profondeur ; explorant la surface intérieure de la voûte crânienne, il ne découvre nulle part d'esquille ni de fragment enfoncé.

On ne pratique aucune irrigation dans cette cavité ; après l'avoir débarrassée très doucement, mais le plus complètement possible des caillots qui la remplissent, on fait un lavage extérieur, et on ferme la plaie des parties molles en réunissant les bords des incisions par la suture ; au milieu de la plaie on laisse à demeure une mèche de gaze antiseptique au salol pénétrant jusque dans la cavité et on place un petit tube à drainage à l'un de ses angles ; on recouvre la région d'un pansement compressif à l'iodoforme.

Aussitôt après l'opération, les phénomènes d'excitation se dissipent ; les secousses de la face réapparaissent quelques instants dans la journée, mais pour ne plus se reproduire. La déviation conjuguée des yeux, la contracture du membre supérieur gauche ont totalement disparu. La température redescend à 37°,5 et se maintient les jours suivants entre 37° et 37°,4.

Le troisième jour (9 juin), on renouvelle le pansement et on enlève la mèche et le drain ; par le centre de la plaie commence à faire saillie une encéphalocèle. Celle-ci s'accroît rapidement : le 12 juin elle a le volume d'une grosse noix ; elle présente des battements très prononcés ; sa base est étranglée par l'ouverture qui lui donne passage, sa surface est grisâtre.

L'hémiplégie est toujours complète, mais le malade a repris toute sa connaissance ; il comprend ce qu'on lui demande, répond par signes aux questions ; il parvient même avec effort à dire *vin rouge* quand on lui présente un verre plein de vin. Il se remue dans son lit, boit et mange avec appétit ; mais il rend involontairement ses matières et ses urines.

Le 16, la température s'élève au-dessus de 38°, la partie superficielle de l'encéphalocèle s'est nécrosée et se détache (examinée au microscope, on l'a trouvée composée exclusivement d'éléments de la névroglie) ; un peu de suppuration s'est produite à sa base. Cette légère exacerbation se calme au bout de deux jours : l'encéphalocèle,

35e Année. — Tome II. N° 139 Mardi 27 Novembre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Fracture longitudinale de la voûte du crâne sans enfoncement, siégeant à gauche, avec attrition profonde des zones motrices de l'hémisphère cérébral correspondant. — Hémiplégie droite totale avec aphasie motrice. — Plus tard, phénomènes spasmodiques et convulsions occupant les muscles non paralysés. — Trépanation. — Encéphalocèle consécutive. — Guérison avec retour partiel de la parole et de la motilité (1).

Par M. Paul Berger,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

(Suite et fin) (1).

II. — *Les indications* qui se sont présentées dans l'histoire de ce blessé, doivent être envisagées comme elles se sont présentées à notre discussion, au début, dès l'entrée du blessé à l'hôpital et au moment de l'aggravation, c'est-à-dire de l'apparition des accidents survenus le quatrième jour et qui imposaient au chirurgien une nouvelle ligne de conduite.

a). — *Au début, à l'entrée du malade à l'hôpital*, on sera peut-être surpris que je n'aie pas d'emblée songé à pratiquer la trépanation. J'y ai pensé, j'ai sérieusement discuté l'opportunité de cette mesure chirurgicale et je l'ai rejetée provisoirement, du moins, pour les raisons que voici :

La trépanation immédiate peut être motivée : par la nécessité de faire cesser des accidents qui sont un danger prochain pour l'existence, ou par le désir de faire disparaître la cause de laquelle dépendent les troubles physiologiques : paralysie, aphasie, et de favoriser la restauration des fonctions temporairement détruites. Or, chez

(1) Voir *France médicale* n. 138.

notre malade, il n'existait pas de danger pressant pour l'existence, pas plus en apparence que dans un grand nombre d'autres cas de fractures du crâne accompagnées de commotion cérébrale grave, qui guérissent spontanément, et pour lesquels personne ne propose de pratiquer la trépanation. Pouvait-on, d'autre part, espérer que l'opération ferait disparaître les paralysies ? S'il s'était agi d'un enfoncement du crâne comprimant le cerveau, on eût pu s'attendre à ce que le relèvement des fragments fut suivi, à plus ou moins brève échéance, du retour des fonctions : mais si les troubles moteurs étaient dus à une rupture, à une véritable destruction d'un département de l'écorce et des conducteurs qui en émanent, on ne pouvait compter que l'évacuation d'un foyer sanguin situé en pleine substance cérébrale suffit à rétablir l'intégrité fonctionnelle de ces centres. La trépanation, en pareil cas, me paraissait devoir être d'une efficacité plus que douteuse, au point de vue du retour des fonctions.

En dehors d'un danger pressant que court l'existence, l'indication du trépan primitif dépend donc surtout de l'existence d'un enfoncement des fragments crâniens dans la substance cérébrale : chez mon blessé, cet enfoncement n'existant pas, ou tout au moins n'étant pas probable, je crus devoir m'abstenir.

Il faut ici faire ressortir la différence qui existe entre les fractures du crâne ouvertes, faisant communiquer par une plaie la cavité crânienne avec l'extérieur et les fractures simples, c'est-à-dire sans plaie. Quoique cette distinction puisse paraître un peu *vieux jeu* à l'époque de la pleine floraison de la méthode antiseptique, je la conserve, car il est certain que dans le premier cas, celui de fracture compliquée de plaie, l'application du trépan, faite suivant les règles, n'ajoute aucun élément nouveau à la gravité de l'état du malade et qu'elle peut parfois, même en dehors de toute prévision, jeter une lumière inattendue sur la nature des lésions et sur la cause des accidents observés, tandis qu'en cas de fracture simple, si confiant que l'on soit dans les garanties que donne l'exécution des règles antiseptiques, on ne saurait affirmer avec autant de conviction que le trépan, s'il n'est pas utile, ne puisse en aucune façon être nuisible. Il faut, d'ailleurs, remarquer que les fractures du crâne compliquées de plaie, présentent un pronostic infiniment plus grave que les fractures simples, et que les dangers auxquels elles exposent autorisent le chirurgien à plus de hardiesse dans le choix des moyens qu'il emploie.

Ainsi donc, chez mon blessé, atteint d'une fracture simple du crâne, sans enfoncement probable, et qui ne courait aucun danger immédiat, je crus devoir m'abstenir et attendre en observant.

b) — Telle n'était plus la situation, lorsque le 7 juin se manifestèrent les accidents d'encéphalite ; cette encéphalite était développée et entretenue non seulement par une blessure du cerveau, mais par un corps étranger, enfoncement méconnu au caillot sanguin : la trépanation seule pouvait sauver la vie du malade, elle était indiquée, commandée, et l'événement prouva que la pratiquer aussitôt était le seul parti à prendre.

Ferai-je ressortir l'innocuité de l'intervention lorsqu'elle est appuyée sur l'application rigoureuse des préceptes antiseptiques? C'est d'une évidence qui devient presque banale et qui pourtant ne saurait être trop proclamée : d'ailleurs aucune région ne se prête mieux que le crâne, aucune opération mieux que la trépanation, à l'application des principes listériens. Ceux-ci, néanmoins, ne sauraient empêcher qu'on n'observe de temps à autre la complication qui est survenue chez mon opéré, l'encéphalocèle traumatique consécutive. J'ai deux fois vu se produire cet accident ou plutôt ce phénomène ; les deux cas se sont terminés par la guérison, l'encéphalocèle s'étant en partie détruite par élimination, en partie rétractée, et ayant fini par prendre part à la constitution même de la cicatrice ; mais si la complication en question n'est pas grave, elle est pénible à cause du retard qu'elle apporte à la guérison, des inquiétudes qu'elle donne au médecin, des pansements longtemps prolongés et souvent renouvelés qu'elle exige. Raison de plus pour ne pas trépaner sans raisons suffisantes, des malades qui ne demandent qu'à guérir spontanément d'accidents cérébraux accompagnant une fracture simple du crâne !

J'ai dit que ce malade était resté complètement hémiplégique et qu'en raison de l'étendue de la destruction cérébrale, je ne comptais plus aucunement sur le retour des mouvements. Je fus donc agréablement surpris, vers le 1er août, de constater qu'en même temps que les accidents d'épilepsie jacksonnienne qu'il présentait au membre inférieur se dissipaient, les mouvements commençaient à revenir dans les muscles moteurs (extenseurs et fléchisseurs des orteils). Le retour fut presque subit ; le 12 août le malade se levait et marchait en fauchant encore un peu.

Le membre supérieur paraissait toujours inerte, mais en examinant avec attention les doigts, on voyait se produire quelques mouvements, certainement volontaires, quoique encore très faibles.

Depuis lors, les fonctions du membre inférieur se sont complètement rétablies ; le blessé peut marcher longuement sans fatigue. Les mouvements sont également revenus en assez notable proportion, non seulement à l'épaule, au bras et à l'avant-bras qui se meuvent sans difficulté, mais même aux doigts dont les fléchisseurs se

contractent manifestement. Le malade ne peut néanmoins se servir encore de sa main pour aucun travail. Il conserve un embarras notable de la parole qui est hésitante et saccadée, et une grande peine à trouver ses expressions. Au niveau de la trépanation, la cicatrice est fortement déprimée, indiquant qu'il y a en ce point une perte de substance fort étendue, et elle présente des pulsations d'une certaine amplitude : le blessé est parti pour l'asile de Vincennes vers le milieu d'octobre.

Ce retour inespéré des fonctions montre ce que l'on peut attendre de la trépanation, lors même que l'origine des troubles moteurs réside dans une destruction étendue de la substance cérébrale. La trépanation, en supprimant les corps étrangers, fragments osseux ou caillots sanguins, vient en aide au processus réparateur et favorise la restitution de l'activité physiologique. Son efficacité à ce point de vue, même dans les cas en apparence presque désespérés, est parfaitement mise en lumière par notre observation.

En terminant, je voudrais qu'il restât de ce fait l'impression que la trépanation, ressource merveilleuse qui peut sauver l'existence et favoriser le retour de fonctions en apparence perdues, ne vaut que par la rigueur avec laquelle on en a déterminé l'indication fondée sur le diagnostic précis de la lésion du crâne et des complications cérébrales dont celle-ci s'accompagne.

Sur un cas de paralysie du nerf cubital survenue trente-quatre ans après la consolidation d'une fracture du coude (1).

Par M. Paul Blocq,
Ancien interne des hôpitaux.

Au cours de recherches que j'ai entreprises dans le service de M. le Pr Charcot, alors que j'avais l'honneur d'être son interne, sur certaines paralysies amyotrophiques des membres supérieurs, il m'a été donné d'observer un cas de paralysie cubitale dont l'étiologie tout à fait spéciale m'a paru mériter d'être rapportée.

Voici la relation de ce fait :

Dug., âgé de 42 ans, forgeron, est entré le 2 décembre 1887 à la Salpêtrière dans le service de M. le Pr Charcot :

Antécédents héréditaires. — D... n'a pas connu ses grands parents et ne peut donner aucun renseignement sur eux. Son père est mort des suites d'un accident. Sa mère a succombé à une phthisie pulmonaire. *Une tante maternelle a été folle.* Il ne connaît pas d'autres nerveux dans sa famille avec laquelle il a peu de relations.

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

Antécédents personnels. — Il ne se souvient pas d'avoir fait aucune autre maladie qu'un rhumatisme polyarticulaire aigu, il y a dix-sept ans, qui le tint au lit pendant six semaines. Il a fait des excès vénériens pendant sa jeunesse, mais n'a pas contracté la syphilis ; il n'est pas alcoolique. *Il s'est fracturé le bras gauche* à l'âge de 6 ans (il y a 34 ans) au niveau du coude, et les fonctions de ce membre n'ont jamais été égales à celles du bras droit depuis cet accident.

Début. — L'affection actuelle a débuté il y a sept mois (en mai). A cette époque apparurent des sensations pénibles de fourmillement et d'engourdissement dans le petit doigt de la main gauche ; ces douleurs gagnent bientôt l'annulaire, puis de la faiblesse et de l'amaigrissement apparaissent dans la main et s'accusent insensiblement jusqu'à produire les déformations pour lesquelles il est venu à l'hôpital.

Etat actuel : (2 décembre 1887). L'éminence hypothénar et les interrosseux de la main gauche sont très atrophiés. Les deux derniers doigts de la main sont rétractés en flexion, et la rétraction est plus prononcée sur le petit doigt. L'éminence thénar est aplatie. Il n'existe pas de tremblement fibrillaire.

Le malade ne peut résister quand on tente d'écarter son pouce. Il ne peut écarter ses doigts qui sont légèrement rapprochés les uns des autres ; il ne peut faire aucun mouvement du petit doigt.

Il existe en somme une paralysie et une atrophie de tous les muscles innervés par le cubital.

La pression du nerf dans la gouttière et tout le long de son trajet est douloureuse. Dans tout le domaine du nerf, la sensibilité au tact est diminuée, et elle est abolie pour la piqûre et pour la température. Le sens musculaire est conservé. La sensibilité profonde articulaire est abolie seulement dans les articulations du petit doigt.

Il n'existe pas d'autres troubles trophiques.

L'examen de la région du coude montre que l'articulation est augmentée de volume dans son diamètre transversal, les mouvements d'extension seuls sont limités. L'épicondyle est notoirement plus volumineux, mais dans la région épitrochléenne on ne perçoit pas de déformation à proprement parler : peut-être cependant le nerf est-il moins profondément situé dans la gouttière, et par suite plus accessible à l'exploration qui le montre douloureux, mais non déformé.

Examen électrique. — (Note due à l'obligeance de M. le Dr Vigouroux). Névrite du cubital gauche. Aucune réaction des interosseux. Eminence thénar : abducteur et opposant normaux. Court fléchisseur et adducteur présentant la réaction complète de dégénérescence. Celle-ci est plus facile à constater pour l'hypothénar qui la présente

dans toutes ses parties. L'excitation galvanique du cubital au-dessus du poignet détermine une courte contraction du court fléchisseur du petit doigt et rien de plus.

La réaction de dégénérescence est bien complète. Pas de réaction faradique et réaction galvanique avec l'anode bien plus forte qu'avec le cathode. Celle-ci est douteuse.

Comme on voit, il s'agit d'une névrite cubitale, dont le diagnostic est indiscutable, névrite survenue sans autre cause apparente qu'une fracture du coude remontant à trente-quatre ans.

L'influence de ce traumatisme m'avait paru *à priori* très contestable ; il est peu admissible, en effet, qu'un intervalle d'intégrité du membre aussi considérable sépare l'accident de sa conséquence. J'ai retrouvé toutefois une observation de M. le Pr Panas, qui m'a permis d'envisager cette hypothèse avec moins d'appréhension.

M. Panas (1) a relaté l'observation d'un malade atteint d'une paralysie du nerf cubital se montrant douze ans et demi après la consolidation d'une fracture du coude. Il s'agissait d'un cordonnier âgé de 40 ans, qui se plaignait d'avoir perdu depuis six mois la force et la précision de la main droite et en était gêné pour son travail. L'examen permit de constater les signes d'une paralysie du cubital; griffe caractéristique, atrophie des interosseux, en particulier du premier, parésie du cubital antérieur. Il existait de plus des troubles de la sensibilité, fourmillements et engourdissements, diminution de la sensibilité tactile dans la zone du nerf. On notait une augmentation du diamètre transversal du coude, l'effacement de la gouttière de réception du nerf cubital qui était remplacée par une saillie. Le nerf pouvait être senti immédiatement sous la peau comme un cordon volumineux, dur et qui glissait librement d'un côté à l'autre. Sur la surface bombée de l'épitrochlée, il était d'autre part augmenté de volume et présentait une nodosité fusiforme, offrant tous les caractères d'un névrome. Le nerf, dans la flexion du coude, se portait de plus en plus en dedans jusqu'au contact de l'épitrochlée, et devenu ainsi superficiel, se trouvait presque fatalement exposé à des traumatismes, pressions ou chocs venus du dehors. Le malade interrogé alors sur ses antécédents nous apprenait que treize ans auparavant il était tombé sur le coude, et fut à la suite de cet accident, qu'on traita pour une luxation, trois mois à recouvrer les mouvements du coude. Depuis, jusqu'à il y avait six mois, il avait pu continuer son travail. M. Panas pense que la gouttière trochléale s'étant trouvée comblée, le nerf devint superficiel et fut exposé, ainsi privé de toute

(1) Sur une cause peu connue de paralysie du nerf cubital (*Arch. gén. de méd* 1878).

protection, à des pressions ou des chocs réitérés, d'où état irritatif et névrite.

Quoique, dans notre cas, les constatations anatomiques soient moins favorables à l'hypothèse invoquée par M. Panas, nous ne doutons pas qu'il ne doive s'agir de circonstances pathogéniques analogues. Cependant ce long intervalle de trente-quatre ans d'une part, la profession de forgeron qu'exerçait notre malade, d'autre part, ne laissent pas que de nous inspirer quelques nouveaux doutes à l'endroit de cette relation causale. Aussi, étant données les conceptions dès longtemps formulées par le Pr Charcot sur le rôle prépondérant de l'hérédité dans la production des affections nerveuses, conceptions en particulier récemment démontrées par M. Neumann en ce qui concerne tout un ordre de paralysies périphériques, les paralysies faciales dites *à frigore* (1), serions-nous presque tenté dans le cas actuel d'invoquer d'un côté la prédisposition générale héréditaire notée chez notre malade, et de l'autre, l'effet localisateur occasionnel du traumatisme ancien, pour interpréter pathogéniquement cette observation. Le malade prédisposé par ses antécédents héréditaires à une affection nerveuse, en raison du *locus minoris resistantiæ* occasionné par la fracture du coude, aurait vu cette affection se réaliser sous la forme d'une névrite cubitale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 *novembre* 1888. — *Presidence de* M. SIREDEY.

ENTÉROPTOSE. — *M. Féréol* fait une très intéressante communication dans laquelle il résume d'une façon des plus attrayantes le mémoire de M. Glénard. Il cite simplement, à titre d'exemple, trois observations des plus concluantes dont une ayant trait à une malade qui a été soignée pendant plus de 25 ans, par M. Féréol lui-même et par presque toutes les célébrités de France et de l'étranger; les traitements les plus divers des nombreux accidents dont elle souffrait étaient restés sans résultat jusqu'au jour où M. Féréol lui-même, songeant à l'entéroptose, fit porter à cette malade une ceinture de Glénard; de ce jour les souffrances de la malade disparurent comme par miracle; aussi, pour témoigner à M. Féréol de sa reconnaissance, n'a-t-elle pas hésité à venir se soumettre à l'examen de la Société. M. Féréol insiste tout particulièrement sur la valeur presque pathognomonique de certains symptômes : le réveil vers

(1) Du rôle de la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale (*Arch. Neurologie*, 7 juillet 1887). Nouvelles études (*Arch. Neurologie*, 1888.)

2 heures du matin suivi d'insomnie avec malaises plus ou moins marqués ; l'exacerbation considérable ou l'apparition brusque des malaises au moment du lever et dans le courant de l'après-midi ; la relation constante de ces malaises avec la nature de l'alimentation ; l'irrégularité des garde-robes consistant tantôt en constipation habituelle, tantôt en diarrhée également habituelle, tantôt enfin en constipation alternant avec des débâcles diarrhéiques. A l'examen direct, le palper abdominal, à la condition d'être fait complètement de façon à fouiller le ventre du malade, montrera la corde formée par le côlon transverse, et souvent un rein mobile dans une proportion de 30 0/0, plus rarement un foie mobile (4.5 0/0) plus rarement encore une rate mobile (1 p. 200). En tout cas, la manœuvre consistant à relever avec les deux mains le ventre du malade mis debout devant soi, le soulagement immédiat éprouvé par le patient tant que son ventre est soutenu et comprimé, le malaise éprouvé au contraire lorsqu'on abandonne brusquement la masse abdominale à son propre poids, cette manœuvre et le soulagement qui en résulte ne sauraient laisser de doute ; il faut alors, sans hésiter, appliquer un appareil de contention des organes abdominaux, soumettre le malade aux laxatifs et au régime approprié ; tous les symptômes ci-dessus mentionnés disparaissent et avec eux la neurasthénie qui est le plus ordinairement le syndrôme prédominant, le seul pour lequel le malade vienne consulter. Pour M. Féréol comme pour M. Glénard, la plupart des neurasthéniques ne seraient que des malades atteints d'entéroptose. Mais si la contention doit amener le soulagement, il faut reconnaître que quelquefois cette contention est difficile à obtenir, que d'autrefois, au début, elle provoque des douleurs ; dans ces cas le stypage de Bailly rendra de grands services. M. Féréol rappelle également l'étiologie de l'entéroptose qui est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, est souvent puerpérale ou favorisée par l'abaissement du foie, par le corset et qui reconnaît pour cause déterminante un effet ou un traumatisme. Enfin, en terminant, M. Féréol se demande quels rapprochements on peut faire entre les entéroptoses de M. Glénard et les dilatés de M. Bouchard.

M. *Guyot* s'associe complètement à l'opinion de M. Féréol pour admettre l'association de la néphroptose à l'entéroptose. Il insiste sur le soulagement absolu obtenu par l'application de la ceinture de Glénard chez la malade qu'il a fait voir à M. Féréol. Mais M. Guyot n'a pas pu constater ni reproduire les lésions indiquées par M. Féréol et M. Glénard ; il signale d'autre part des dispositions anormales congénitales du côlon transverse indiquées sur les gravures du traité d'anatomie de Trèves ; ces conditions ne seraient-elles pas favorables à l'apparition des accidents ? ou bien ne sont-ce pas

ces dispositions anormales congénitales qui ont été prises pour les lésions de l'entéroptose ?

M. *Siredey* est très frappé des résultats obtenus par M. Féréol, mais étant donné l'état neuropathique extraordinairement accusé de certains malades, il croit qu'il faut faire des réserves sur la durée de la guérison et du soulagement obtenu.

Curabilité de la cirrhose alcoolique du foie. — M. *Millard* présente trois malades qu'il a suivis, non pas à l'hôpital, mais à sa consultation particulière. Le premier est un homme de 55 ans qui buvait habituellement quatre à cinq bouteilles par jour ; après avoir été dyspeptique pendant plusieurs années, le malade maigrit à dater de juillet 1886 ; l'ascite nécessita en cinq mois six ponctions qui ont donné issue à une quantité totale de plus de cent litres. Le malade a été soumis depuis le mois de novembre 1886 au régime lacté absolu, avec potion à la baie de genièvre et deux purgatifs drastiques par semaine. Au bout de quatre mois l'amélioration était déjà indéniable.

Le second malade, buveur de vin blanc (deux litres par jour) a été soigné par M. Miliard depuis un an seulement : le traitement a été sensiblement le même. L'amélioration a été plus rapide que chez le premier, la guérison se maintient.

Chez le troisième malade, avec le même traitement, le résultat a été encore plus surprenant.

Ces trois malades sont aujourd'hui parfaitement guéris, on trouve seulement le foie légèrement hypertrophié. La formule de la potion préconisée par M. Millard est la suivante :

Baie de genièvre..........	10 grammes.
Faire infuser dans.........	200 grammes d'eau.
Ajouter acétate de potasse . } ã	2 grammes.
nitrate de potasse.. }	
Oxymel scillitique..........	10 à 30 grammes.
Sp. des cinq racines	30 grammes.

En terminant, M. Millard fait remarquer qu'il ne craint pas d'avoir recours à la paracentèse, toutes les fois que la diurèse lui paraît insuffisante. La seule alimentation possible au moins au début est le lait ; il faut absolument interdire l'alcool sous toutes ses formes, même sous celle de vins médicamenteux qui, loin de fortifier le malade ou de faciliter la diurèse, ne font qu'entretenir les accidents. M. Millard reconnaît qu'il est peut-être tombé sur une série heureuse, que d'autre part ses malades ont montré une docilité peu commune, mais néanmoins il espère que de tels exemples engageront les praticiens à ne pas considérer toujours, comme on a beaucoup de

tendance à le faire, la cirrhose alcoolique comme une maladie incurable. SAPELIER.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS.

Séance du 24 mai 1888. — Présidence de M. BOUCHARD.

M. *Gilbert* lit un rapport sur les travaux des candidats au titre de membre de la Société.

MM. *Démelin*, *Méry*, *Besançon* et *Iscovesco* sont nommés membres titulaires de la Société.

M. *Barth* lit une observation intitulée : fracture de côtes, sans complication apparente ; pleurésie traumatique ; hémothorax consécutif par hémorrhagie secondaire d'une artère intercostale déchirée. Mort. Autopsie. (*Sera publié.*)

M. *Bouchard* pense que la toux incessante du malade a dû être la cause de l'hémorrhagie secondaire et qu'il était indiqué de la combattre par des injections de morphine et par les autres moyens habituellement usités.

M. *Ischmann* lit une observation intitulée : Insuffisance de l'artère pulmonaire. Embolie pulmonaire. Mort. (V. *France méd.* p. 758).

M. *Moulonguet* lit deux observations de corps étranger de l'avant-bras et de la main. (V. *France méd.* p. 856.)

Les Secrétaires des séances,
A. GILBERT, M. LEBRETON.

BIBLIOGRAPHIE

ATLAS SCHÉMATIQUE DU SYSTÈME NERVEUX, ORIGINES, RAMIFICATIONS, ANASTOMOSES DES NERFS, LEUR DISTRIBUTION DANS LES MUSCLES ET LA PEAU, par *W. H. Flower* F.R.S. traduit sur la troisième édition anglaise et augmenté par A. *Duprat* (du Brésil), externe des hôpitaux de Paris, précédé d'une préface par M *Dejérine*, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté de médecine. (Paris. G. Masson, éditeur, 1888.)

Nous manquions en France d'un ouvrage où d'un seul coup on put faire des recherches un peu longues et par cela même ennuyeuses, étant donné un trouble localisé et systématique de la sensibilité ou de la motilité, savoir immédiatement à quel nerf ou à quels groupes de nerfs on devrait rapporter ce trouble.

Actuellement cette lacune est comblée, grâce à M. Duprat, un de

nos meilleurs ex-internes, qui a eu l'excellente idée de transporter en France l'atlas de Flower ; nous avons ainsi une espèce d'anatomie topographique du système nerveux qui complète heureusement les livres classiques du professeur Richet et de M. Tillaux.

L'ouvrage comprend 7 planches.

La première, qui n'existe pas dans l'ouvrage original anglais, a été ajoutée par M. Duprat : c'est une planche d'anatomie topographique crânio-cérébrale faite d'après les travaux de P. Broca et de M. Féré.

Les autres sont relatives au système nerveux périphérique : « Les « nerfs sont représentés depuis leur origine apparente jusqu'à leurs « terminaisons dans la peau ou dans les muscles, de telle sorte, dit « M. Dejérine dans la préface, qu'en jetant un coup d'œil sur chaque « planche, on voit immédiatement à quel tronc, à quel plexus, et « partant à quel groupe de racines appartient tel ou tel filet collaté- « ral ou terminal, et tendant à tel muscle et à telle partie de la « peau. »

Deux planches sont consacrées aux nerfs crâniens, deux aux nerfs rachidiens.

La sixième, très importante, correspond à l'étude de la sensibilité cutanée et indique la distribution de chaque nerf sur le plexus dont il dérive.

La septième est consacrée au grand sympathique.

Comme on le voit, cet atlas forme un ensemble très utile destiné à éviter beaucoup de recherches et à suppléer aux défaillances de la mémoire. Il sera facilement accepté par tous, et par les élèves, et par les travailleurs, quels qu'ils soient, savants aussi bien que praticiens.

M. Duprat a donc fait une œuvre éminemment utile dont nous devons le remercier : aussi ne doutons-nous pas du succès de sa tentative.

P. Bazy.
Chirurgien des hôpitaux.

NÉCROLOGIE

Le Dr Rampont (Germain), de Chablis (Yonne), sénateur inamovible et questeur du Sénat, vient de mourir à l'âge de 79 ans. Notre confrère avait fait partie de la Constituante de 1848, du Corps législatif de 1869 et de l'Assemblée nationale de 1871. Après le 4 septembre, il fut nommé directeur général des postes et, à ce titre, il organisa le service des ballons pour le transport des lettres et celui des dépêches microscopiques par pigeons voyageurs.

Le Dr Charreyre, d'Yssingeaux (Haute-Loire), reçu en 1871.

NOUVELLES

BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Dans sa séance du 2 novembre, le Conseil municipal de Paris a pris la délibération suivante :

M. le directeur de l'Assistance publique est invité à prendre les mesures nécessaires pour qu'à l'avenir, les médicaments prescrits à des malades indigents par les médecins n'appartenant pas aux bureaux de bienfaisance, soient délivrés par les maisons de secours ou par les pharmaciens dans les mêmes conditions que s'ils étaient prescrits par les médecins attachés à ce service.

A cet effet, il sera remis aux médecins qui se seront fait inscrire à la mairie et qui auront été agréés, des feuilles de prescription.

Les médicaments prescrits ainsi seront délivrés gratuitement aux malades indigents sur la présentation de leur carte, et au cas spécial où le médecin du bureau de bienfaisance ne pourra pas faire son service, c'est-à-dire en cas d'urgence.

LE CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS, dans la même séance a, sur la proposition de M. Chautemps, chargé sa 4e Commission : 1° d'entrer en relations avec M. le ministre de la guerre pour faire désigner Paris comme siège de l'école du service de santé militaire, dont la création a été décidée ; et 2° de présenter un rapport sur le résultat des pourparlers engagés.

ECOLE DU VAL-DE-GRACE. — M. Vaillard, agrégé du Val-de-Grâce, dont la période d'agrégation est terminée, sera maintenu à Paris pour organiser, à l'intention des médecins militaires, l'enseignement de la bactériologie.

Sur la proposition de M. Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé au ministère de la guerre, et de M. Gaujot, directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce, le ministre de la guerre a décidé que le laboratoire de bactériologie de cette Ecole serait agrandi de façon à pouvoir recevoir, par séries successives, les médecins militaires désignés pour suivre les conférences de bactériologie.

C'est le point de départ des cours de perfectionnement qui seront organisés ultérieurement, pour la médecine opératoire, l'hygiène, etc., etc.

LA SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS procédera, dans sa séance du jeudi [illegible] décembre, à des élections de membres titulaires.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Brown-Séquard traitera du rôle de l'inhibition dans les fonctions et les maladies du système nerveux. Il commencera le cours le mardi 4 décembre, à 2 h. 1/2, et le continuera les mardis et samedis, à la même heure.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

35e Année. — Tome II. N° 139 Mardi 27 Novembre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Fracture longitudinale de la voûte du crâne sans enfoncement, siégeant à gauche, avec attrition profonde des zones motrices de l'hémisphère cérébral correspondant. — Hémiplégie droite totale avec aphasie motrice. — Plus tard, phénomènes spasmodiques et convulsions occupant les muscles non paralysés. — Trépanation. — Encéphalocèle consécutive. — Guérison avec retour partiel de la parole et de la motilité (1).

Par M. Paul Berger,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

(*Suite et fin*) (1).

II. — *Les indications* qui se sont présentées dans l'histoire de ce blessé, doivent être envisagées comme elles se sont présentées à notre discussion, au début, dès l'entrée du blessé à l'hôpital et au moment de l'aggravation, c'est-à-dire de l'apparition des accidents survenus le quatrième jour et qui imposaient au chirurgien une nouvelle ligne de conduite.

a). — *Au début, à l'entrée du malade à l'hôpital*, on sera peut-être surpris que je n'aie pas d'emblée songé à pratiquer la trépanation. J'y ai pensé, j'ai sérieusement discuté l'opportunité de cette mesure chirurgicale et je l'ai rejetée provisoirement, du moins, pour les raisons que voici :

La trépanation immédiate peut être motivée : par la nécessité de faire cesser des accidents qui sont un danger prochain pour l'existence, ou par le désir de faire disparaître la cause de laquelle dépendent les troubles physiologiques : paralysie, aphasie, et de favoriser la restauration des fonctions temporairement détruites. Or, chez

(1) Voir *France médicale* n. 138.

b) — Telle n'était plus la situation, lorsque le 7 juin se manifestèrent les accidents d'encéphalite ; cette encéphalite était développée et entretenue non seulement par une blessure du cerveau, mais par un corps étranger, enfoncement méconnu au caillot sanguin : la trépanation seule pouvait sauver la vie du malade, elle était indiquée, commandée, et l'événement prouva que la pratiquer aussitôt était le seul parti à prendre.

Ferai-je ressortir l'innocuité de l'intervention lorsqu'elle est appuyée sur l'application rigoureuse des préceptes antiseptiques? C'est d'une évidence qui devient presque banale et qui pourtant ne saurait être trop proclamée : d'ailleurs aucune région ne se prête mieux que le crâne, aucune opération mieux que la trépanation, à l'application des principes listériens. Ceux-ci, néanmoins, ne sauraient empêcher qu'on n'observe de temps à autre la complication qui est survenue chez mon opéré, l'encéphalocèle traumatique consécutive. J'ai deux fois vu se produire cet accident ou plutôt ce phénomène; les deux cas se sont terminés par la guérison, l'encéphalocèle s'étant en partie détruite par élimination, en partie rétractée, et ayant fini par prendre part à la constitution même de la cicatrice ; mais si la complication en question n'est pas grave, elle est pénible à cause du retard qu'elle apporte à la guérison, des inquiétudes qu'elle donne au médecin, des pansements longtemps prolongés et souvent renouvelés qu'elle exige. Raison de plus pour ne pas trépaner sans raisons suffisantes, des malades qui ne demandent qu'à guérir spontanément d'accidents cérébraux accompagnant une fracture simple du crâne !

J'ai dit que ce malade était resté complètement hémiplégique et qu'en raison de l'étendue de la destruction cérébrale, je ne comptais plus aucunement sur le retour des mouvements. Je fus donc agréablement surpris, vers le 1er août, de constater qu'en même temps que les accidents d'épilepsie jacksonnienne qu'il présentait au membre inférieur se dissipaient, les mouvements commençaient à revenir dans les muscles moteurs (extenseurs et fléchisseurs des orteils). Le retour fut presque subit; le 12 août le malade se levait et marchait en fauchant encore un peu.

Le membre supérieur paraissait toujours inerte, mais en examinant avec attention les doigts, on voyait se produire quelques mouvements, certainement volontaires, quoique encore très faibles.

Depuis lors, les fonctions du membre inférieur se sont complètement rétablies; le blessé peut marcher longuement sans fatigue. Les mouvements sont également revenus en assez notable proportion, non seulement à l'épaule, au bras et à l'avant-bras qui se meuvent sans difficulté, mais même aux doigts dont les fléchisseurs se

contractent manifestement. Le malade ne peut néanmoins se servir encore de sa main pour aucun travail. Il conserve un embarras notable de la parole qui est hésitante et saccadée, et une grande peine à trouver ses expressions. Au niveau de la trépanation, la cicatrice est fortement déprimée, indiquant qu'il y a en ce point une perte de substance fort étendue, et elle présente des pulsations d'une certaine amplitude : le blessé est parti pour l'asile de Vincennes vers le milieu d'octobre.

Ce retour inespéré des fonctions montre ce que l'on peut attendre de la trépanation, lors même que l'origine des troubles moteurs réside dans une destruction étendue de la substance cérébrale. La trépanation, en supprimant les corps étrangers, fragments osseux ou caillots sanguins, vient en aide au processus réparateur et favorise la restitution de l'activité physiologique. Son efficacité à ce point de vue, même dans les cas en apparence presque désespérés, est parfaitement mise en lumière par notre observation.

En terminant, je voudrais qu'il restât de ce fait l'impression que la trépanation, ressource merveilleuse qui peut sauver l'existence et favoriser le retour de fonctions en apparence perdues, ne vaut que par la rigueur avec laquelle on en a déterminé l'indication fondée sur le diagnostic précis de la lésion du crâne et des complications cérébrales dont celle-ci s'accompagne.

Sur un cas de paralysie du nerf cubital survenue trente-quatre ans après la consolidation d'une fracture du coude (1).

Par M. Paul Blocq,
Ancien interne des hôpitaux.

Au cours de recherches que j'ai entreprises dans le service de M. le Pr Charcot, alors que j'avais l'honneur d'être son interne, sur certaines paralysies amyotrophiques des membres supérieurs, il m'a été donné d'observer un cas de paralysie cubitale dont l'étiologie tout à fait spéciale m'a paru mériter d'être rapportée.

Voici la relation de ce fait :

Dug., âgé de 42 ans, forgeron, est entré le 2 décembre 1887 à la Salpêtrière dans le service de M. le Pr Charcot :

Antécédents héréditaires. — D... n'a pas connu ses grands parents et ne peut donner aucun renseignement sur eux. Son père est mort des suites d'un accident. Sa mère a succombé à une phthisie pulmonaire. *Une tante maternelle a été folle.* Il ne connaît pas d'autres nerveux dans sa famille avec laquelle il a peu de relations.

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

Antécédents personnels. — Il ne se souvient pas d'avoir fait aucune autre maladie qu'un rhumatisme polyarticulaire aigu, il y a dix-sept ans, qui le tint au lit pendant six semaines. Il a fait des excès vénériens pendant sa jeunesse, mais n'a pas contracté la syphilis; il n'est pas alcoolique. *Il s'est fracturé le bras gauche* à l'âge de 8 ans (il y a 34 ans) au niveau du coude, et les fonctions de ce membre n'ont jamais été égales à celles du bras droit depuis cet accident.

Début. — L'affection actuelle a débuté il y a sept mois (en mai). A cette époque apparurent des sensations pénibles de fourmillement et d'engourdissement dans le petit doigt de la main gauche; ces douleurs gagnent bientôt l'annulaire, puis de la faiblesse et de l'amaigrissement apparaissent dans la main et s'accusent insensiblement jusqu'à produire les déformations pour lesquelles il est venu à l'hôpital.

Etat actuel : (2 décembre 1887). L'éminence hypothénar et les interosseux de la main gauche sont très atrophiés. Les deux derniers doigts de la main sont rétractés en flexion, et la rétraction est plus prononcée sur le petit doigt. L'éminence thénar est aplatie. Il n'existe pas de tremblement fibrillaire.

Le malade ne peut résister quand on tente d'écarter son pouce. Il ne peut écarter ses doigts qui sont légèrement rapprochés les uns des autres; il ne peut faire aucun mouvement du petit doigt.

Il existe en somme une paralysie et une atrophie de tous les muscles innervés par le cubital.

La pression du nerf dans la gouttière et tout le long de son trajet est douloureuse. Dans tout le domaine du nerf, la sensibilité au tact est diminuée, et elle est abolie pour la piqûre et pour la température. Le sens musculaire est conservé. La sensibilité profonde articulaire est abolie seulement dans les articulations du petit doigt.

Il n'existe pas d'autres troubles trophiques.

L'examen de la région du coude montre que l'articulation est augmentée de volume dans son diamètre transversal, les mouvements d'extension seuls sont limités. L'épicondyle est notoirement plus volumineux, mais dans la région épitrochléenne on ne perçoit pas de déformation à proprement parler: peut-être cependant le nerf est-il moins profondément situé dans la gouttière, et par suite plus accessible à l'exploration qui le montre douloureux, mais non déformé.

Examen électrique. — (Note due à l'obligeance de M. le Dr Vigouroux). Névrite du cubital gauche. Aucune réaction des interosseux. Eminence thénar: abducteur et opposant normaux. Court fléchisseur et adducteur présentant la réaction complète de dégénérescence. Celle-ci est plus facile à constater pour l'hypothénar qui la présente

Note sur un cas de carcinose généralisée secondaire à un cancer de l'estomac (carcinose miliaire sous-cutanée.) (1)

par M. Ch. Fernet,
médecin de l'hôpital Beaujon.

Le cas de carcinose généralisée que je désire communiquer à la Société clinique me paraît présenter un réel intérêt, d'abord par certaines particularités cliniques qui ont fait errer le diagnostic presque jusqu'à la fin de la maladie, puis par le mode de généralisation du cancer assez insolite que nous avons observé, enfin par diverses autres circonstances que je relèverai chemin faisant.

C... (Emile), âgé de 49 ans, mécanicien, est entré dans mon service à l'hôpital Beaujon, le 9 mai 1888.

Cet homme de constitution assez robuste, ne présentait aucun antécédent héréditaire ou personnel digne d'être noté. Il y a deux ans, je l'avais soigné pour des vertiges dont la cause est restée inconnue. A part cela, bonne santé habituelle jusqu'à la maladie actuelle dont le début peut être exactement fixé et fut marqué par un accident dramatique dont le malade nous donnait le récit circonstancié.

Le 12 mars 1888, notre homme, qui était mécanicien, fut heurté par une pièce de fonte du poids de soixante-quinze kilogrammes au niveau du creux épigastrique. Quatre heures après, il eut un vomissement de sang de plus d'un litre : le sang rendu était rouge et mélangé de caillots.

Jusque-là le malade n'avait remarqué aucun désordre d'aucune espèce dans les fonctions de son estomac. Ce vomissement de sang fut unique : il n'y en eut pas d'autre par la suite, non plus que du melœna, mais depuis le jour de l'accident, l'estomac fut troublé, les digestions devinrent difficiles, il survint des douleurs vives au niveau de l'estomac, surtout après les repas ; par suite, réduction du régime alimentaire et amaigrissement rapide.

Vers la fin de mars, une dizaine de jours après le vomissement de sang, le malade entra à l'hôpital Beaujon dans le service de mon collègue M. Millard qui diagnostiqua, paraît-il, un ulcère de l'estomac et fit appliquer un cautère à l'épigastre ; il put sortir au bout de quelque temps, amélioré.

Les mêmes douleurs gastriques le ramènent dans mon service le 9 mai ; ces douleurs sont continues ; un peu moindres quand l'estomac est vide, elles deviennent intolérables après les repas, surtout après l'usage de la viande; elles siègent exactement au creux épigastrique, elles ne retentissent pas dans le dos au niveau de la colonne

(1) *Communication à la Société clinique de Paris.*

vertébrale. Il y a quelques vomissements, mais rares, et toujours glaireux ou alimentaires. La palpation de l'estomac ne révèle absolument rien d'anormal : on ne sent ni dureté ni tuméfaction. Le foie et les autres viscères paraissent sains ; pas de ganglions sus-claviculaires augmentés de volume ; rien dans les urines.

Tout en considérant l'hématémèse initiale comme d'origine traumatique et sans grande valeur dans ce cas particulier, je me rattachai par exclusion au diagnostic d'ulcère simple de l'estomac comme étant le plus probable. Le malade fut soumis au régime lacté d'abord exclusif, puis mixte ; et au bout d'un mois il éprouvait une amélioration suffisante pour quitter l'hôpital, bien que les douleurs ne fussent que diminuées.

Deux mois et demi plus tard, le 20 septembre, C... était obligé de rentrer encore dans mon service ; il avait considérablement maigri, surtout, disait-il, depuis un mois. Il vomit maintenant presque tous les aliments qu'il ingère et les douleurs gastriques sont intolérables ; cependant, depuis son dernier séjour à l'hôpital, il n'a observé ni hématémèse, ni melœna. Enfin, fait nouveau, depuis une dizaine de jours, il a remarqué qu'il se formait de petites nodosités sous la peau du ventre.

L'examen du malade fait constater l'amaigrissement extrême dont il parle et une pâleur générale des téguments, sans teinte jaune spéciale. La palpation attentive de la région épigastrique reste négative comme par le passé ; on n'y sent aucune tumeur, aucun empâtement ; le ventre est souple partout ; les ganglions sus-claviculaires et autres sont sains. Le malade se plaint en outre d'une toux incommode avec quintes fréquentes ; cependant ici encore l'examen direct est négatif et les poumons paraissent sains, à peine trouve-t-on quelques râles bronchiques disséminés.

Nous examinons avec soin les petites tumeurs sous-cutanées dont nous a parlé le malade : elles sont au nombre de sept ou huit sous la peau de l'abdomen ; il y en a trois ou quatre groupes de deux nodosités très voisines l'une de l'autre, et on en trouve encore quelques autres disséminées en divers points du dos et de la partie antérieure de la poitrine. Ces tumeurs sont grosses comme une lentille ou comme un petit pois, elles sont de consistance dure et paraissent lisses à leur surface ; elles sont bien limitées, à contour net ; elles sont indolentes. La plupart roulent sous le doigt et paraissent n'adhérer ni à la peau ni aux muscles sous-jacents ; quelques-unes seulement paraissent enchâssées dans la partie profonde du derme, d'autres dans les muscles de la paroi abdominale.

Quelle était la nature de ces tumeurs? On pensa d'abord que c'étaient des nodosités cancéreuses, tenant à la généralisation d'un

cancer supposé de l'estomac, ce fut le diagnostic porté en mon absence (j'étais en congé jusqu'à la fin de septembre). Quand je repris mon service, il me parut que ce diagnostic était bien incertain; on a vu combien l'existence d'un cancer gastrique était douteuse; il n'y avait eu qu'une seule hématmémèse, et celle-ci était arrivée à la suite d'un traumatisme et était formée de sang pur; il n'y avait aucun signe physique de tumeur de l'estomac, etc. Ne pouvait-on penser à autre chose? J'en vins à me demander s'il ne s'agissait pas d'un cas de ladrerie et si les petites tumeurs n'étaient pas formées par des cysticerques; je leur trouvais grande analogie avec celles que j'avais observées il y a quelques années dans un cas de ce genre chez un malade soigné dans le service d'un de mes collègues de Beaujon.

Pour éclairer ce problème difficile, je pratique le 12 octobre l'excision de deux petites nodosités de la paroi abdominale qui étaient très voisines l'une de l'autre. Or, l'examen microscopique qui fut pratiqué montra qu'il s'agissait bien de cancer: les petites tumeurs étaient composées d'amas de cellules embryonnaires logées dans des alvéoles dont les parois étaient riches en fibres élastiques.

Cependant la cachexie faisait de rapides progrès, l'alimentation, entravée par des vomissements incessants, était presque nulle. Le malade succomba le 19 octobre 1888 dans le marasme.

L'autopsie a présenté quelques particularités intéressantes.

L'estomac est petit, revenu sur lui-même, réduit au tiers environ de son volume normal; mais ses parois sont épaisses de près d'un travers de doigt et infiltrées dans toute leur étendue par un tissu lardacé, dense, jaunâtre et demi-transparent. Cette altération squirrheuse occupe la totalité de l'organe, à l'exception des deux orifices qui sont respectés. La face interne est lisse et ne présente aucun champignon ni aucune ulcération à sa surface.

L'épiploon gastro-hépatique est infiltré aussi dans toute son étendue par la même matière lardacée, et cette dégénérescence a gagné aussi le tissu cellulaire des deux reins qui en sont enveloppés.

Les reins eux-mêmes sont d'ailleurs intacts; seulement le bassinet de l'un d'eux est semé à sa face interne de petits noyaux cancéreux gros comme des têtes d'épingle.

Le foie ne présente aucun noyau secondaire. Le péritoine également est indemne. Les poumons, dans lesquels on pouvait s'attendre à trouver des lésions de généralisation pour expliquer la dyspnée dont avait tant souffert le malade, les poumons ainsi que les plèvres ne présentent aucune altération.

Il n'en est pas de même du péricarde; sur la face externe de son

35e Année. — Tome II. N° 139 Mardi 27 Novembre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Fracture longitudinale de la voûte du crâne sans enfoncement, siégeant à gauche, avec attrition profonde des zones motrices de l'hémisphère cérébral correspondant. — Hémiplégie droite totale avec aphasie motrice. — Plus tard, phénomènes spasmodiques et convulsions occupant les muscles non paralysés. — Trépanation. — Encéphalocèle consécutive. — Guérison avec retour partiel de la parole et de la motilité (1).

Par M. Paul Berger,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

(*Suite et fin*) (1).

II. — *Les indications* qui se sont présentées dans l'histoire de ce blessé, doivent être envisagées comme elles se sont présentées à notre discussion, au début, dès l'entrée du blessé à l'hôpital et au moment de l'aggravation, c'est-à-dire de l'apparition des accidents survenus le quatrième jour et qui imposaient au chirurgien une nouvelle ligne de conduite.

a). — *Au début, à l'entrée du malade à l'hôpital*, on sera peut-être surpris que je n'aie pas d'emblée songé à pratiquer la trépanation. J'y ai pensé, j'ai sérieusement discuté l'opportunité de cette mesure chirurgicale et je l'ai rejetée provisoirement, du moins, pour les raisons que voici :

La trépanation immédiate peut être motivée : par la nécessité de faire cesser des accidents qui sont un danger prochain pour l'existence, ou par le désir de faire disparaître la cause de laquelle dépendent les troubles physiologiques : paralysie, aphasie, et de favoriser la restauration des fonctions temporairement détruites. Or, chez

(1) Voir *France médicale* n. 138.

n'a jamais observé de ces petites tumeurs. Les parties osseuses, nerveuses et cartilagineuses paraissent jouir de la même immunité. » A ce nouveau point de vue, le fait que je viens de rapporter constituerait une exception bien digne d'être signalée.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

CLINICAL LECTURE ON HEMATURIE, by *Berkeley Hill*, F. R. C. S., M. B. Lond. — AN UNUSUAL CASE OF HEMATURIE, by *Thomas Oliver*, M. D, M. R. C. P. *British méd. journal*, 26 mai 1888. — L'hématurie n'est qu'un symptôme, mais un symptôme dont l'importance est parfois énorme. Pour en reconnaître la valeur, il faut en analyser minutieusement tous les caractères, et c'est sur ce point que M. Berkeley Hill a attiré l'attention dans une leçon faite à l'University College Hospital, où il a surtout en vue les formes d'hématurie qui intéressent le chirurgien.

Parmi les causes générales qui prédisposent à l'hématurie, il faut mentionner l'âge qui produit l'hypertrophie de la prostate chez l'homme ; les hémorrhagies vicariantes du rein à la ménopause chez la femme. Les enfants, d'un autre côté, qui présentent des hématuries abondantes, sont souvent atteints de cancer du rein. Il est certains climats ou pays où l'hématurie est assez fréquente. Elle est produite dans l'Egypte et le sud-est de l'Afrique par la bilharzia hematobia, en Chine par la filaire sanguine. Les maladies générales graves, les fièvres palustres des pays chauds donnent lieu à ce symptôme. Enfin, l'hémorrhagie rénale peut être le fait de l'action du plomb, du mercure, de l'arsenic, des cantharides, de la térébenthine, du copahu et même, dit-on, des asperges. La suppression subite d'un flux habituel, épistaxis, etc,, peut causer l'hématurie. De violents efforts en congestionnant les reins peuvent aussi la déterminer, mais seulement chez des sujets prédisposés.

On a fait des tentatives pour savoir sur quels points des voies urinaires pouvait se produire l'hémorrhagie. On a imaginé, entre autres procédés, l'introduction d'une sonde spéciale dans l'uretère, destinée à recueillir l'urine provenant d'un rein à l'exclusion de l'autre. Le rein est, en effet, le siège le plus commun de l'hématurie. Les coups, les blessures de la région lombaire, le rein flottant, et nombre d'affections plus ou moins graves de l'organe produisent ce symptôme. Malheureusement le diagnostic du siège ne peut souvent être fait que par exclusion. La douleur lombaire exagérée à la pression, la présence de tubuli et de graviers d'acide urique dans l'urine indiquent assez bien le siège. Ailleurs, c'est une affection générale antérieure et l'enchaînement des accidents qui constituent le guide le

plus sûr. Enfin, les signes fournis par l'examen des divers organes de l'appareil urinaire donnent les meilleurs renseignements sur l'origine de l'hématurie.

En passant en revue toutes ces causes, M. Berkeley Hill insiste tout particulièrement sur les hémorrhagies vésicales. Les lésions traumatiques directes ou indirectes, l'évacuation rapide consécutive à une distension extrême, les varices du col, les cystites de quelque nature qu'elles soient, les calculs, les tumeurs de la vessie sont les causes les plus communes de l'hémorrhagie vésicale que l'auteur passe en revue. M. Berkeley Hill cite enfin deux cas d'hématurie causée par des bilharzia hematobia qui s'étaient développés chez deux femmes n'ayant cependant jamais quitté l'Angleterre, et l'on sait qu'il s'agit ici d'une affection spéciale à certaines régions de l'Afrique.

L'hémorrhagie prostatique n'est pas rare ; parmi les causes que relève M. Berkeley Hill, nous signalerons le miasme paludéen qui sembla dans un cas prédisposer fortement à des accès répétés d'hémorrhagie prostatique chez un individu qui avait été opéré par l'uréthrotomie d'un retrécissement siégeant dans la portion pénienne de l'urèthre ; l'incision par conséquent siégeait bien en avant de la prostate.

A propos des métrorrhagies, M. Berkeley Hill rapporte qu'un homme atteint de retrécissement de l'urèthre avait l'habitude de se traiter par l'introduction d'aiguilles à tricoter convenablement recourbées. Une fois, il traversa la paroi de l'urèthe, ce qui amena au-dessus du retrécissement un épanchement de sang qui distendit énormément la vessie, au point que ce réservoir atteignait l'ombilic et ressemblait par sa consistance à l'utérus gravide. Le patient ne fut soulagé que par une incision périnéale qui, en évacuant la vessie, mit fin à ses souffrances.

On voit dans quelles conditions variées peut survenir l'hématurie ; pour terminer ce sujet, nous signalerons un cas insolite d'hématurie rapporté dans le même journal par M. Thomas Oliver. Une enfant de 11 ans fut subitement atteinte de fièvre et d'hématurie qui durèrent trente-cinq jours en dépit de toutes les médications. L'hémorrhagie cessa avec la chute subite de la température. Dans l'opinion de l'auteur de l'observation, et d'après l'examen de tous les organes, il ne pouvait s'agir que d'une tuberculose rénale ou d'un état particulier du sang : mais les antécédents et toutes les circonstances firent repousser la première hypothèse, tandis que les autres symptômes, caractères de la fièvre, tuméfaction de la rate, joints à ce fait que l'enfant était tombée malade peu de jours après que son frère avait été atteint de la fièvre typhoïde, firent penser par exclusion à cette dernière maladie. M. Thomas Oliver est porté à croire que dans ce

cas les reins ont subi l'action du poison ou que sous l'influence du poison contenu dans le sang, les vaisseaux des reins sont devenus perméables au sang. L. JUMON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 novembre 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

LA CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre de M. le Dr Cornillon (de Vichy) qui se porte candidat au titre de correspondant national dans la 1re division (médecine); 2° une lettre de M. Lamarque, stagiaire aux eaux minérales, qui envoie une étude sur la Bourboule.

DU TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS PAR L'ÉLECTROLYSE INTRA-UTÉRINE (méthode Apostoli). — *M. le Dr Delétang* (de Nantes) lit un travail renvoyé à une commission composée de MM. Constantin Paul, Trélat, Guéniot.

SUR UN CAS D'ATROPHIE MUSCULAIRE DES QUATRE MEMBRES A ÉVOLUTION TRÈS SIMPLE, SURVENUE PENDANT LA GROSSESSE ET CONSÉCUTIVEMENT A DES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES. — *M. le Dr Desnos*, médecin de l'hôpital de la Charité, lit cette observation au nom de MM. Pinard, Joffroy et au sien. Il s'agit d'une femme enceinte pour la troisième fois, fortement anémiée par une métrite hémorrhagique antérieure et chez laquelle l'accouchement prématuré dut être pratiqué au cinquième mois par M. Pinard. M. Desnos termine ainsi :

« Nous resterons donc par exclusion en face de la double hypothèse d'une névrite parenchymateuse généralisée ou d'une myélite. Je n'ignore pas quelles difficultés existent pour le diagnostic entre les névrites de cet ordre et les myélites, difficultés qui ne sont parfois résolues que par l'anatomie pathologique.

Si myélite et névrite peuvent également relever de maladies infectieuses, les névrites reconnaissent encore peut-être plus souvent cette origine. Ainsi plusieurs des observations sur lesquelles M. Joffroy a basé son mémoire avaient été prises sur des malades qui avaient succombé dans mon service à la variole et à la tuberculose, maladies essentiellement infectieuses. Il est possible que l'état de puerpéralité ait favorisé une infection dont la source nous a échappé. En outre il existait une de ces profondes déchéances organiques qui représentent une porte largement ouverte aux dystrophies et, là encore, il serait possible de trouver l'étiologie de la névrite.

On pourrait aussi discuter l'hypothèse d'une inflammation de la moelle, d'une myélite atteignant les cornes antérieures dont les cellules président à la nutrition du système musculaire.

En terminant, nous insisterons sur les résultats thérapeutiques remarquables obtenus de l'électricité et de l'hydrothérapie.

Nous avons réuni nos connaissances bibliographiques et nous n'avons trouvé ni dans nos souvenirs ni dans nos lectures aucune observation d'amyotrophie généralisée aux quatre membres survenue dans des conditions semblables à celles, où nous avons observé, non pas que la névrite puerpérale n'ait encore été signalée, mais dans les quelques observations publiées par Karl et Möbius, il ne s'agit que de cas légers atteignant seulement quelques groupes musculaires des membres supérieurs, une fois seulement des membres inférieurs, n'ayant jamais mis la vie en danger, n'ayant jamais revêtu aucun caractère grave et enfin s'étant toujours développés quelques jours ou quelques semaines après l'accouchement.

Dans notre fait, au contraire, l'atrophie survient pendant la grossesse, elle a une marche subaiguë et prend la forme la plus grave. » (Comm. : MM. Féréol, Moutard-Martin, Bourdon.)

Contagion de la lèpre. — M. *Le Roy de Méricourt* lit le procès-verbal d'examen d'un malade des Iles Sandwich, nommé Keanu, condamné à mort, auquel la lèpre a été inoculée par un médecin anglais, le Dr Archdeacon Wright. D'après le rapport fait par les médecins qui l'ont examiné, ce condamné est devenu manifestement lépreux.

M. Le Roy de Méricourt ne veut rien enlever à la valeur de cette observation ; il fait cependant remarquer que le terrain était très favorable, puisqu'il s'agissait d'un Canaque, et que ce malade tirait sans doute une prédisposition à la lèpre de sa race et peut être de son hérédité.

Séance publique annuelle. — M. *le Président* annonce que la séance publique annuelle de l'Académie aura lieu le mardi 11 décembre.

Pathogénie et prophylaxie des accidents industriels du phosphore et en particulier de la nécrose phosphorée. — M. *Magitot*. L'opinion publique s'est émue dernièrement de certains cas d'accidents, dont plusieurs mortels, survenus dans les usines de la Compagnie générale des allumettes et une demande d'enquête sur ces faits a été adressée par M. le Préfet de police aux conseils d'hygiène.

Ce sont ces circonstances qui amènent M. Magitot à la tribune de l'Académie.

Dans un travail d'ensemble sur la question ainsi posée, l'auteur fait d'abord un historique du sujet. Il rappelle les travaux entrepris depuis une quarantaine d'années par divers médecins et hygiénistes ; il cite toutes les tentatives faites par les conseils d'hygiène, par les

académies pour faire adopter des prescriptions capables de supprimer les dangers que courent les ouvriers du phosphore et spécialement ceux des allumettes chimiques. Il constate que ces avis n'ont jamais été entendus ni appliqués, ce qui n'est que trop démontré par les accidents qui continuent à se produire jusqu'à ce jour,

Dans une seconde partie de son travail, M. Magitot étudie la pathogénie de ces accidents : intoxication, action sur les voies respiratoires et surtout la nécrose qui mutile ou tue les ouvriers. Par un grand nombre d'observations personnelles qui s'élèvent au chiffre de 65 cas observés en France et à l'étranger, l'auteur se croit en mesure d'affirmer pour la production de la nécrose un mécanisme déjà indiqué par M. Th. Roussel, c'est-à-dire la pénétration des vapeurs irritantes du phosphore par la carie dentaire. Toutefois ce n'est pas une carie quelconque qui servirait de porte d'entrée à la nécrose mais une forme spéciale, unique, qu'il désigne sous le nom significatif de *carie pénétrante*. C'est une pathogénie exclusive que M. Magitot tend à faire prévaloir par les faits qu'il a rassemblés et en contradiction avec les théories anciennes qu'il combat et réfute, celle des Allemands ou théorie de l'action élective du phosphore sur les os (Lorinser) et celle de la voie gingivale et périostique défendue par MM. U. Trélat, Lailler, etc.

De là à la prophylaxie, la conclusion est toute indiquée : perfectionner les moyens de ventilation et d'isolement des services de fabrication ; suppression ou neutralisation de l'atmosphère phosphorée des ateliers ; voilà pour l'hygiène de l'usine. Pour l'hygiène individuelle de l'ouvrier : interdire l'entrée de la fabrique à tout individu dont la santé ou la constitution sont défectueuses et surtout s'il est reconnu menacé de nécrose par l'état de sa bouche ; visites fréquentes autorisant le renvoi immédiat de tout porteur de lésions prédisposantes. Dans ces conditions, M. Magitot affirme qu'en attendant la réalisation du vœu tant de fois et si stérilement émis de la substitution du phosphore rouge au blanc, l'application rigoureuse des règles et prescriptions qu'il formule à la fin de son travail peuvent réaliser sûrement et radicalement la suppression de tout danger pour l'ouvrier, et en particulier celui de la nécrose phosphorée.

Sur les épidémies pendant l'année 1887. — M. *Aug. Olivier* lit le rapport officiel sur les épidémies observées en France pendant l'année 1887.

Les conclusions de ce rapport seront lues en comité secret.

A 4 heures 3/4 l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions du rapport de M. Olivier et le rapport de M. Roger sur les candidats au titre d'associé national.

Dans ce dernier rapport, les candidats sont classés dans l'ordre suivant : en 1re ligne, M. Teissier (Lyon) ; en 2e ligne, M. Lafosse (Toulouse) : en 3e ligne, M. Sirus Pirondi (Marseille.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 3 au 8 décembre 1888.

Lundi 3. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Fournier, Ch. Richet, Reynier. — 4e examen, doctorat : MM. Hayem, Brissaud, Déjerine. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Guyon, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Bouilly, Reclus, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Straus, A Robin.

Mardi 4. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Lancereaux, Raymond. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Troisier. — 4e examen, doctorat : MM. Proust, G. Sée, Ballet. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Le Fort, Campenon, Maygrier. — 3e examen, officiat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Panas, Tarnier, Schwartz. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Peter, Jaccoud, Joffroy.

Mercredi 5. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Hayem, Ch. Richet, Joffroy. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Guyon, Budin, Reclus. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Bouilly, Segond, Reclus. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (3e série : MM. Trélat, Ribemont-Dessaignes, Jalaguier. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Potain, Straus, Chauffard.

Jeudi 6. — Médecine opératoire : MM. Panas, Duplay, Quénu. Epreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Berger, Schwartz. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Cornil, Troisier, Peyrot.

Vendredi 7. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Villejean. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Kirmisson, Ribemont-Dessaignes, Segond. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Trélat, Budin, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (1re série) : MM. Fournier, Damaschino, Brissaud. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (2e série) : MM. Potain, Landouzy, Déjerine.

Samedi 8. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Laboulbène, Mathias-Duval, Quénu. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Hanot. — 5e examen, doctorat (1er partie), Hôtel-Dieu (1re série : MM. Le Fort, Berger, Maygrier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Tarnier, Peyrot, Brun. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Lancereaux, Quinquaud.

Thèses pour le doctorat. — *Jeudi* 6, à 1 heure. — M. Verdierre : Le choléra en Espagne en 1885. *Président* : M. Brouardel. — M. Niclat :

Étude sur une variété de folliculite. *Président* : M. Laboulbène. — M. PELTIER : Contribution à l'étude des exostoses de croissance. *Président* : M. Le Fort. — M. HANDJIAN : Contribution à l'étude du pneumothorax partiel, *Président* : M. Peter. — M. ISCOVESCO ; Néphrite scrofuleuse. *Président* : M. Proust. — M. GILLIARD : Du traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique. *Président* : M. Grancher. — M. MACKW : Contribution à l'étude du myxœdème. *Président* : M. Ball. — M. RIGAULT : Des urines des aliénés. *Président* : M. Ball.

Samedi 8, à 1 heure. — M. CHEREAU : De la tuberculose testiculaire diffuse. *Président* : M. Panas. — M. BARRIER : Cure radicale de la hernie ombilicale. *Président* : M. Duplay.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours d'agrégation*. — MM. les candidats, dont les noms suivent, sont admis à prendre part au concours d'agrégation qui s'ouvrira à Paris, le 15 décembre 1888, pour onze places d'agrégé des Facultés de médecine (section de médecine : pathologie interne et médecine légale) :

Académie de Bordeaux : MM. les Drs Davezac, Mesnard et Suzanne.

Académie de Lyon : M. le Dr Audry.

Académie de Montpellier : M. le Dr Sarda.

Académie de Nancy : M. le Dr Colin.

Académie de Paris : MM. les Drs Babinski, Balzer, Barth, de Beurmann, Bourcy, Brault, Chantemesse, Charrin, Combemale, Cuffer, Gaucher, Gilbert, Grenier, Gueit, Jeannel, Juhel-Renoy, Letulle, Marfan, Marie, Martin, Mathieu, Morel, Netter, Richardière, Roques, Royer, Talamon et Vibert.

CLINIQUE NATIONALE OPHTHALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un *aide de clinique* à la Clinique nationale ophthalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts.

Pièces à produire : acte de naissance, diplôme de docteur ou certificat de scolarité constatant la prise de seize inscriptions, appuyé du certificat d'un chef de service.

Messieurs les candidats sont priés de s'inscrire, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton, 28, où il leur sera donné tous les renseignements nécessaires sur les obligations qui leur seront imposées et sur les avantages qui leur sont réservés.

Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au 4 décembre 1888.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.—A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

vertébrale. Il y a quelques vomissements, mais rares, et toujours glaireux ou alimentaires. La palpation de l'estomac ne révèle absolument rien d'anormal : on ne sent ni dureté ni tuméfaction. Le foie et les autres viscères paraissent sains ; pas de ganglions sus-claviculaires augmentés de volume ; rien dans les urines.

Tout en considérant l'hématémèse initiale comme d'origine traumatique et sans grande valeur dans ce cas particulier, je me rattachai par exclusion au diagnostic d'ulcère simple de l'estomac comme étant le plus probable. Le malade fut soumis au régime lacté d'abord exclusif, puis mixte ; et au bout d'un mois il éprouvait une amélioration suffisante pour quitter l'hôpital, bien que les douleurs ne fussent que diminuées.

Deux mois et demi plus tard, le 20 septembre, C... était obligé de rentrer encore dans mon service ; il avait considérablement maigri, surtout, disait-il, depuis un mois. Il vomit maintenant presque tous les aliments qu'il ingère et les douleurs gastriques sont intolérables ; cependant, depuis son dernier séjour à l'hôpital, il n'a observé ni hématémèse, ni melœna. Enfin, fait nouveau, depuis une dizaine de jours, il a remarqué qu'il se formait de petites nodosités sous la peau du ventre.

L'examen du malade fait constater l'amaigrissement extrême dont il parle et une pâleur générale des téguments, sans teinte jaune spéciale. La palpation attentive de la région épigastrique reste négative comme par le passé ; on n'y sent aucune tumeur, aucun empâtement ; le ventre est souple partout ; les ganglions sus-claviculaires et autres sont sains. Le malade se plaint en outre d'une toux incommode avec quintes fréquentes ; cependant ici encore l'examen direct est négatif et les poumons paraissent sains, à peine trouve-t-on quelques râles bronchiques disséminés.

Nous examinons avec soin les petites tumeurs sous-cutanées dont nous a parlé le malade : elles sont au nombre de sept ou huit sous la peau de l'abdomen ; il y en a trois ou quatre groupes de deux nodosités très voisines l'une de l'autre, et on en trouve encore quelques autres disséminées en divers points du dos et de la partie antérieure de la poitrine. Ces tumeurs sont grosses comme une lentille ou comme un petit pois, elles sont de consistance dure et paraissent lisses à leur surface ; elles sont bien limitées, à contour net ; elles sont indolentes. La plupart roulent sous le doigt et paraissent n'adhérer ni à la peau ni aux muscles sous-jacents ; quelques-unes seulement paraissent enchâssées dans la partie profonde du derme, d'autres dans les muscles de la paroi abdominale.

Quelle était la nature de ces tumeurs ? On pensa d'abord que c'étaient des nodosités cancéreuses, tenant à la généralisation d'un

cancer supposé de l'estomac, ce fut le diagnostic porté en mon absence (j'étais en congé jusqu'à la fin de septembre). Quand je repris mon service, il me parut que ce diagnostic était bien incertain ; on a vu combien l'existence d'un cancer gastrique était douteuse ; il n'y avait eu qu'une seule hématmémèse, et celle-ci était arrivée à la suite d'un traumatisme et était formée de sang pur; il n'y avait aucun signe physique de tumeur de l'estomac, etc. Ne pouvait-on penser à autre chose? J'en vins à me demander s'il ne s'agissait pas d'un cas de ladrerie et si les petites tumeurs n'étaient pas formées par des cysticerques ; je leur trouvais grande analogie avec celles que j'avais observées il y a quelques années dans un cas de ce genre chez un malade soigné dans le service d'un de mes collègues de Beaujon.

Pour éclairer ce problème difficile, je pratique le 12 octobre l'excision de deux petites nodosités de la paroi abdominale qui étaient très voisines l'une de l'autre. Or, l'examen microscopique qui fut pratiqué montra qu'il s'agissait bien de cancer: les petites tumeurs étaient composées d'amas de cellules embryonnaires logées dans des alvéoles dont les parois étaient riches en fibres élastiques.

Cependant la cachexie faisait de rapides progrès, l'alimentation, entravée par des vomissements incessants, était presque nulle. Le malade succomba le 19 octobre 1888 dans le marasme.

L'autopsie a présenté quelques particularités intéressantes.

L'estomac est petit, revenu sur lui-même, réduit au tiers environ de son volume normal; mais ses parois sont épaisses de près d'un travers de doigt et infiltrées dans toute leur étendue par un tissu lardacé, dense, jaunâtre et demi-transparent. Cette altération squirrheuse occupe la totalité de l'organe, à l'exception des deux orifices qui sont respectés. La face interne est lisse et ne présente aucun champignon ni aucune ulcération à sa surface.

L'épiploon gastro-hépatique est infiltré aussi dans toute son étendue par la même matière lardacée, et cette dégénérescence a gagné aussi le tissu cellulaire des deux reins qui en sont enveloppés.

Les reins eux-mêmes sont d'ailleurs intacts ; seulement le bassinet de l'un d'eux est semé à sa face interne de petits noyaux cancéreux gros comme des têtes d'épingle.

Le foie ne présente aucun noyau secondaire. Le péritoine également est indemne. Les poumons, dans lesquels on pouvait s'attendre à trouver des lésions de généralisation pour expliquer la dyspnée dont avait tant souffert le malade, les poumons ainsi que les plèvres ne présentent aucune altération.

Il n'en est pas de même du péricarde ; sur la face externe de son

feuillet fibreux, on remarque de petites séries de nodules cancéreux de la grosseur d'une tête d'épingle à la moitié d'une lentille, qui sont certainement des traînées de lymphangite cancéreuse. Il existe en outre une adhérence totale du péricarde au cœur et dans le tissu de cette symphyse on trouve aussi quelques noyaux cancéreux disséminés.

Inutile de revenir sur les nodosités cancéreuses sous-cutanées dont il y avait une vingtaine irrégulièrement réparties sous la peau du ventre ou du thorax; l'examen qui a été fait de deux d'entre elles pendant la vie est suffisant.

Je voudrais, en terminant, revenir sur quelques points importants de cette observation.

Le mode de début de l'affection me paraît d'abord soulever plusieurs questions : cette hématémèse abondante de sang pur, survenue quelques heures après un violent traumatisme, n'était-il pas de nature à faire errer le diagnostic ? Ne peut-on même admettre qu'elle a été vraiment produite par le traumatisme ? Si l'on se refusait à lui attribuer une pareille origine, il faudrait supposer une bien singulière coïncidence. D'autre part, quel a été le rôle du traumatisme dans le développement du cancer de l'estomac dont les premiers symptômes ont apparu peu de temps après ? Avec la tendance actuelle à considérer le cancer comme une maladie infectieuse microbienne, on pourrait admettre que le traumatisme a agi ici au titre de cause occasionnelle, comme il le fait d'ailleurs dans d'autres maladies nettement parasitaires, les kystes hydatiques du foie par exemple.

Le mode de généralisation du cancer a aussi, dans ce cas, présenté plusieurs particularités anormales. Alors qu'il est de règle que les cancers de l'estomac ou de l'intestin qui se généralisent se propagent au foie, aux poumons, ou envahissent le péritoine et les plèvres, ici tous ces organes ont été respectés. La généralisation s'est faite suivant deux procédés : d'une part propagation directe de l'estomac ou de l'épiploon au péricarde à travers le diaphragme en suivant les voies lymphatiques; d'autre part propagation par infection au tissu cellulaire sous-cutané.

Cette généralisation au tissu cellulaire sous-cutané mérite d'être relevée; car elle est, je crois, un fait rare, si ce n'est peut-être dans le cancer mélanique ; pour ma part, je n'en connais pas d'exemple. Il semble que la carcinose généralisée, qui peut envahir tous les viscères et les membranes séreuses, respecte la peau. Voici ce qu'écrit Laporte, dans son très intéressant travail sur la carcinose miliaire aiguë (Thèse de Paris 1864, p. 13) : « Aucun des organes internes ne paraît posséder d'immunité. A la surface du corps, au contraire, on

pouvoir subvenir aux besoins de la respiration dans un air raréfié. Il pose comme contre-indications au séjour dans les stations élevées l'existence de cavernes dans les deux poumons avec ou sans fièvre, la diminution considérable du champ respiratoire, l'existence du catarrhe, l'éréthisme du système nerveux, l'emphysème, la bronchite chronique avec dilatation des bronches, les affections du cœur et des gros vaisseaux, les affections du système nerveux central, l'âge avancé des malades ou une faiblesse qui ne permet pas l'exercice au grand air, enfin la phthisie laryngée. On pourrait résumer ces données en disant que les climats de montagne conviennent surtout dans les premières périodes de la phthisie et lorsque celle-ci ne revêt pas une marche trop rapide. L'auteur ajoute qu'ils sont utiles dans les cas où il y a une prédisposition héréditaire, ou dans la phthisie hémorrhagique, car ils diminuent la tendance à l'hémoptysie. Quant aux résultats particuliers qu'obtiennent les malades d'un séjour dans les montagnes, Th. Williams les explique par l'ampliation de la cage thoracique dont le périmètre augmente de 2 à 10 centimètres, par l'hypertrophie du tissu pulmonaire sain, par la compression qu'exerce, sur les lésions tuberculeuses, l'augmentation de volume des tissus environnants. L'extension des parois thoraciques s'accompagne de la diminution dans la fréquence du pouls et de la respiration. D'ailleurs, l'amélioration se traduit à la fois par la disparition ou l'atténuation des symptômes locaux d'une part, de l'augmentation du poids, des forces, et par le teint plus animé de l'autre. Comment agissent les climats d'altitude? Le problème est certainement complexe. Existe-t-il des cas pour lesquels les hautes altitudes sont indispensables pour la guérison, tandis que tous les autres climats se montreraient inefficaces? Quel peut être dans ce cas la condition essentielle thérapeutique du climat? Quelle que soit l'importance que l'on attache à l'altitude seule, il n'est pas probable qu'elle soit le seul facteur thérapeutique dans les hautes régions. Certainement, et c'est là un point important, l'air raréfié développe l'activité respiratoire en favorisant l'ampliation du thorax, surtout dans les cas où la poitrine est aplatie et étroite et où par conséquent la capacité du thorax est inférieure à la normale. Là, le climat d'altitude répond à une indication bien définie. Quant aux cas de phthisie encore au début, ce sont également ceux qui donnent avec tous les traitements bien dirigés et bien compris, le plus grand nombre de succès, mais on peut certainement ajouter que les climats d'altitude par leurs autres facteurs peuvent produire plus facilement ce résultat.

Le Dr Charles Denison (*British med. journal*, 29 septembre 1883), de Denver, la capitale du Colorado, qui est doué d'un climat parti-

plus sûr. Enfin, les signes fournis par l'examen des divers organes de l'appareil urinaire donnent les meilleurs renseignements sur l'origine de l'hématurie.

En passant en revue toutes ces causes, M. Berkeley Hill insiste tout particulièrement sur les hémorrhagies vésicales. Les lésions traumatiques directes ou indirectes, l'évacuation rapide consécutive à une distension extrême, les varices du col, les cystites de quelque nature qu'elles soient, les calculs, les tumeurs de la vessie sont les causes les plus communes de l'hémorrhagie vésicale que l'auteur passe en revue. M. Berkeley Hill cite enfin deux cas d'hématurie causée par des bilharzia hematobia qui s'étaient développés chez deux femmes n'ayant cependant jamais quitté l'Angleterre, et l'on sait qu'il s'agit ici d'une affection spéciale à certaines régions de l'Afrique.

L'hémorrhagie prostatique n'est pas rare ; parmi les causes que relève M. Berkeley Hill, nous signalerons le miasme paludéen qui sembla dans un cas prédisposer fortement à des accès répétés d'hémorrhagie prostatique chez un individu qui avait été opéré par l'uréthrotomie d'un retrécissement siégeant dans la portion pénienne de l'urèthre ; l'incision par conséquent siégeait bien en avant de la prostate.

A propos des métrorrhagies, M. Berkeley Hill rapporte qu'un homme atteint de retrécissement de l'urèthre avait l'habitude de se traiter par l'introduction d'aiguilles à tricoter convenablement recourbées. Une fois, il traversa la paroi de l'urèthe, ce qui amena au-dessus du retrécissement un épanchement de sang qui distendit énormément la vessie, au point que ce réservoir atteignait l'ombilic et ressemblait par sa consistance à l'utérus gravide. Le patient ne fut soulagé que par une incision périnéale qui, en évacuant la vessie, mit fin à ses souffrances.

On voit dans quelles conditions variées peut survenir l'hématurie ; pour terminer ce sujet, nous signalerons un cas insolite d'hématurie rapporté dans le même journal par M. Thomas Oliver. Une enfant de 11 ans fut subitement atteinte de fièvre et d'hématurie qui durèrent trente-cinq jours en dépit de toutes les médications. L'hémorrhagie cessa avec la chute subite de la température. Dans l'opinion de l'auteur de l'observation, et d'après l'examen de tous les organes, il ne pouvait s'agir que d'une tuberculose rénale ou d'un état particulier du sang : mais les antécédents et toutes les circonstances firent repousser la première hypothèse, tandis que les autres symptômes, caractères de la fièvre, tuméfaction de la rate, joints à ce fait que l'enfant était tombée malade peu de jours après que son frère avait été atteint de la fièvre typhoïde, firent penser par exclusion à cette dernière maladie. M. Thomas Oliver est porté à croire que dans ce

dans le sud. Cependant, M. Charles Denison voit dans les conditions suivantes des contre-indications :

La saison la plus froide de l'année qui augmente l'effet de l'altitude; l'âge avancé des sujets qui rend l'acclimatation difficile; un tempérament nerveux, excitable qui aggrave les effets stimulants du climat et l'excitabilité; des lésions valvulaires, l'emphysème trop développé, le pneumothorax et l'hydropneumothorax, l'existence d'hémoptysies et d'un état inflammatoire du poumon, de la fièvre quelle qu'elle soit surtout avec des lésions laryngées, enfin des lésions pulmonaires étendues constituent une contre-indication, car elles s'opposent à une grande ampliation thoracique.

Les femmes sont moins aptes à supporter les climats d'altitude, parce qu'elles sont plus excitables que les hommes et qu'elles s'habituent moins facilement à la vie en plein air.

On voit donc que les auteurs sont assez unanimes pour définir les conditions thérapeutiques des climats d'altitude et leurs contre-indications. Il est certain en tout cas que l'élément altitude n'est pas le seul important, la pureté de l'air et le soleil ont aussi leur part dans les résultats. Le Dr Creighton est porté à croire que la radiation solaire plus énergique dans les montagnes stimule la production de l'hémoglobine, ce qui développe la vascularisation du tissu pulmonaire. Toutes ces conditions influent sur la santé générale, l'appétit est accru, la nutrition est activée, les digestions se font normalement, l'état moral s'améliore, il n'en faut pas davantage pour assainir le terrain, mieux capable de résister à l'invasion microbienne. Mais pour retirer des climats de montagne tous les avantages qu'ils peuvent donner, ils ne doivent pas être prescrits sans distinction ni mesure. Il faut tenir compte à la fois des conditions climatologiques si variables dans chaque station, de l'état des malades auxquels on les applique, enfin de la manière dont ceux-ci doivent se servir des climats d'altitude. Le professeur Jaccoud en avait déjà fait ressortir depuis longtemps les ressources thérapeutiques.

L. Jumon.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

Nouveau mode de contagion médiate. Par M. P. *Diday*. — Un spécialiste, choisi pour arbitre entre deux parties contondantes, l'une qui nie avoir donné, l'autre qui se plaint d'avoir reçu, se trouve, à chaque instant, pris dans l'enclouure suivante. L'homme a une blennorrhagie : on examine la femme, on ne découvre rien et partant on doit la déclarer saine.

En terminant, nous insisterons sur les résultats thérapeutiques remarquables obtenus de l'électricité et de l'hydrothérapie.

Nous avons réuni nos connaissances bibliographiques et nous n'avons trouvé ni dans nos souvenirs ni dans nos lectures aucune observation d'amyotrophie généralisée aux quatre membres survenue dans des conditions semblables à celles, où nous avons observé, non pas que la névrite puerpérale n'ait encore été signalée, mais dans les quelques observations publiées par Karl et Möbius, il ne s'agit que de cas légers atteignant seulement quelques groupes musculaires des membres supérieurs, une fois seulement des membres inférieurs. n'ayant jamais mis la vie en danger, n'ayant jamais revêtu aucun caractère grave et enfin s'étant toujours développés quelques jours ou quelques semaines après l'accouchement.

Dans notre fait, au contraire, l'atrophie survient pendant la grossesse, elle a une marche subaiguë et prend la forme la plus grave. » (Comm. : MM. Féréol, Moutard-Martin, Bourdon.)

Contagion de la lèpre. — M. *Le Roy de Méricourt* lit le procès-verbal d'examen d'un malade des Iles Sandwich, nommé Keanu, condamné à mort, auquel la lèpre a été inoculée par un médecin anglais, le Dr Archdeacon Wright. D'après le rapport fait par les médecins qui l'ont examiné, ce condamné est devenu manifestement lépreux.

M. Le Roy de Méricourt ne veut rien enlever à la valeur de cette observation ; il fait cependant remarquer que le terrain était très favorable, puisqu'il s'agissait d'un Canaque, et que ce malade tirait sans doute une prédisposition à la lèpre de sa race et peut être de son hérédité.

Séance publique annuelle. — M. *le Président* annonce que la séance publique annuelle de l'Académie aura lieu le mardi 11 décembre.

Pathogénie et prophylaxie des accidents industriels du phosphore et en particulier de la nécrose phosphorée. — M. *Magitot.* L'opinion publique s'est émue dernièrement de certains cas d'accidents, dont plusieurs mortels, survenus dans les usines de la Compagnie générale des allumettes et une demande d'enquête sur ces faits a été adressée par M. le Préfet de police aux conseils d'hygiène.

Ce sont ces circonstances qui amènent M. Magitot à la tribune de l'Académie.

Dans un travail d'ensemble sur la question ainsi posée, l'auteur fait d'abord un historique du sujet. Il rappelle les travaux entrepris depuis une quarantaine d'années par divers médecins et hygiénistes ; il cite toutes les tentatives faites par les conseils d'hygiène, par les

Or, la bouche n'est jamais le siège de la blennorrhagie. Mais l'une de ces régions, l'une de ces cavités, fût-ce une dent creuse, peut fort bien devenir le réceptacle de gonococci déposés là quelques heures, ou quelques minutes auparavant.

Et quant à la possibilité, à la vraisemblance de ces dépôts opérés en pareil cas, l'anecdote suivante en peut donner l'idée. Vers 1845, une femme bien connue à Lyon pour se livrer à l'industrie contre-nature dont nous parlons, ayant acheté une maison, la paya en pièces de quarante sous. Cela fit rire à l'époque. Cela nous apprend aujourd'hui que aussi nombreuses, aussi *rapprochées* que les pierres de son immeuble, étaient les occasions, — occasions aussi de contagion médiate, — où elle s'était procurée de quoi l'acquérir.

L'histoire clinique et thérapeutique des épizoaires (acari, pediculi pubis), fait connaître qu'ils se conservent, eux vivants ou leurs germes revivifiables, dans des conditions bien moins propices au maintien de l'existence, c'est-à-dire sur le linge de corps et les vêtements. Les transmissions et les réinoculations qu'ils opèrent par cette voie sont très fréquentes; il faut une désinfection soigneuse des objets suspects pour prévenir ce danger. Combien, à plus forte raison, n'est-il pas à craindre lorsqu'il s'agit de microbes que la nature a pourvus de moyens de résistance supérieurs, et lorsque le lieu où nous disons que, déposés, ils trouvent un sûr asile, est leur habitat naturel.

Cette note ouvre, en hygiène, en police sanitaire, en médecine légale, en thérapeutique, comme en pathologie pure, des aperçus que je puis me borner à signaler. Un mot suffit au sage, dit-on. Aux savants de notre époque, à ceux surtout de notre pays, le mot que je viens de prononcer suffit et au delà. (*Lyon médical.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 *novembre* 1888. — *Présidence de* M. POLAILLON.

M. *Trélat* dépose, sur le bureau de la Société deux numéros du *Bulletin médical* qui contiennent sa statistique opératoire pour l'année 1887-1888. La moyenne de la mortalité dans les opérations pratiquées dans son service est en décroissance et cette année il n'a eu que 4,1 0/0 de décès. Les amputations ont donné 16 0/0; les laparotomies au nombre de 13, 15,3 0/0, et sur 19 cures radicales pratiquées par lui, il n'a pas eu un décès.

M. *Terrier* rappelle à propos de sa dernière communication, que c'est Olshauzen qui a le premier tenté la cure du prolapsus utérin en 1886, sans succès du reste. En mars 1888, John Philipps poursui-

vait le même but par un procédé différent de celui que M. Terrier a rapporté dans la dernière séance. Dans d'autres circonstances on a soutenu l'utérus par le pédicule d'un kyste de l'ovaire opéré et compris dans la plaie abdominale ; mais c'est une opération toute différente.

M. *Trélat* propose de remplacer par le mot hystéropexie la dénomination barbare de ventrofixation.

M. *Lucas Championnière* a fait une opération semblable à celle de M. Terrier le 23 novembre dernier ; il n'a éprouvé aucune difficulté et recommande l'opération de la suture de l'utérus à la paroi abdominale (la malade était atteinte de rétroversion).

TRAITEMENT DU CANCER UTÉRIN. — *Fin de la discussion.* — M. *Berger* n'a pratiqué que deux ablations totales, mais il veut en donner les résultats. Ses deux malades sont mortes de l'opération et la seconde a même présenté des accidents urémiques, provenant de la compression des uretères par les pinces.

M. *Verneuil* se félicite d'avoir suscité un débat aussi instructif et remercie ses collègues qui ont bien voulu prendre part à la discussion. De cette dernière, il résulte que l'hystérectomie totale n'a pas détrôné l'hystérectomie partielle, bien au contraire ; car cette opération a été recommandée par MM. Polaillon, Marchand, autorisée par M. Tillaux, admise par M. Bouilly et a laissé M. Richelot hésitant pour certains cas. Seuls MM. Trélat, Terrier, Reynier sont partisans quand même de l'ablation totale et reconnaissent cependant la bénignité de l'amputation partielle.

On a accusé la discussion d'être prématurée ; mais si l'hystérectomie partielle a des avantages, pourquoi attendre trois nouvelles années pour les mettre en lumière ; si l'hystérectomie totale n'a pas donné ce qu'on croyait, si elle n'est que l'exception au lieu d'être la méthode générale, pourquoi remettre cet aveu à trois ans?

On objecte que, opérées en 1885, les femmes qui ont guéri de l'ablation totale ne peuvent présenter plus de trois ans de survie et que la lutte est inégale entre celles-ci et celles opérées quatre et cinq ans auparavant par M. Verneuil ; mais cette différence existera toujours, et trois ans doivent suffire pour juger une opération. A l'étranger on est revenu à l'amputation partielle quand on a vu qu'au bout de quatre années toutes les femmes à qui on avait enlevé tout l'utérus étaient mortes.

M. Verneuil redira ce qu'il a écrit en 1884.

En cas de cancer, une opération n'est curative que lorsqu'elle peut enlever tout le mal ; mais l'éradication complète est très rare et le chirurgien doit la rechercher sans oser toujours espérer ce résultat. L'hystérectomie totale est très souvent incapable d'atteindre toutes

les parties envahies par le néoplasme et l'amputation partielle est dans beaucoup de cas capable de prétendre à la cure radicale. Cette expression est du reste très rarement applicable; car quand bien même il y a cicatrisation complète, on n'est pas à l'abri d'une récidive et le terme de *guérison temporaire* conviendrait beaucoup mieux. Le professeur de la Pitié propose ensuite une classification nouvelle qui serait plus pratique et dans laquelle tous les cas pourraient être appréciés de la même façon. Dans la première classe, il y aurait les observations de *survie nulle* (mort opératoire), dans la deuxième les faits de *survie sans cicatrisation* à cause de la récidive; dans la troisième les cas de *survie avec réunion* (récidives à distance) et dans la quatrième, les *survies avec succès* (*guérisons temporaires*.

M. Verneuil préfère à l'anse galvano-caustique, à l'amputation supra-vaginale, son procédé d'hémisection du col avec application de la chaîne d'écraseur. Il fait ensuite une cautérisation profonde de la surface sectionnée et évite ainsi les accidents, les hémorrhagies secondaires, en même temps qu'il recommande un procédé d'amphithéâtre à la portée de tous les opérateurs.

Ainsi l'opération est *bénigne* et l'hystérectomie totale est au contraire plus désastreuse que toutes les opérations. Et cependant tous ses partisans continuent à la pratiquer. De plus l'ablation complète ne donne pas de succès thérapeutiques. Les *récidives* se montrent dès les premiers mois, dans la première année, dans la deuxième, dans la troisième ; rarement dans la quatrième parce que toutes les malades sont mortes. Ces récidives rapides sont démontrées par les observations de MM. Monod, Polaillon et celle de M. Gérard Marchant dont M. Verneuil donne lecture.

Si on analyse les faits apportés par des chirurgiens tous de mérite, chirurgiens des hôpitaux, on est frappé de la noirceur des résultats.

Les morts opératoires donnent une moyenne de 32 0/0 et sur un total de 109 opérées, on ne trouve que 25 guérisons temporaires. La bataille est donc perdue et elle l'a été au premier choc. On objecte à M. Verneuil que dans une statistique pareille les petites séries chargent les grandes, la chose est possible ; mais même dans les résultats apportés par M. Bouilly et par M. Terrier on ne trouve qu'une malade qui présente trois ans et quelques mois de survie et M. Terrier de s'écrier : N'y aurait-il qu'un cas analogue, il sauverait l'hystérectomie totale ! Que pourrait dire M. Verneuil en faveur de l'amputation partielle ! qui, grâce à cette méthode, a aujourd'hui une femme opérée en 1883, qui ne présente aucune récidive !

Plus que personne le professeur de la Pitié aime l'étude scienti-

fique des questions et il ne comprend pas pourquoi M. Terrier, qui a placé un moment la discussion sur ce terrain scientifique, commence par ne pas reproduire intégralement les chiffres publiés par M. Verneuil. C'est ainsi que dans la communication du chirurgien de l'hôpital Bichat, huit mois de survie sont donnés à une opérée que M. Verneuil a pu revoir sept ans après l'opération ; mais ce sont là des petits points de détail sur lesquels l'orateur ne veut pas s'arrêter.

Faut-il croire que M. Verneuil rejette complètement l'hystérectomie totale ? Non, et il a déjà donné sa façon de penser sur ce sujet dans son mémoire de 1884, mais il ne l'admet que pour les cas très rares où le mal sera absolument limité à l'utérus.

M. Bouilly a paru s'étonner qu'ayant enseigné les ablations complètes pour le sein, la langue, M. Verneuil n'adopte pas les mêmes idées pour l'utérus, mais l'expérience et le temps modifient les opinions et aujourd'hui on doit se montrer plus réservé après avoir contrôlé les résultats.

Comme MM. Trélat et Terrier, M. Verneuil s'est toujours préoccupé de l'anatomie pathologique du cancer utérin et il ne met pas en doute qu'un chirurgien déjà vieux dans la pratique, ne puisse être sûr d'un diagnostic fait d'une façon réfléchie. Quant au diagnostic topographique c'est chose plus difficile, on ne peut savoir toujours quelles sont ces parties envahies ; et c'est pour cela qu'il faut choisir la méthode la plus bénigne, l'amputation partielle.

En terminant, M. Verneuil exprime cette opinion : A la place de ses confrères qui ont pratiqué l'hystérectomie totale, il s'arrêterait pour parfaire l'étude du diagnostic topographique et pour juger définitivement des résultats. On s'est trop avancé dans l'hystérectomie totale, on reculera comme on l'a fait pour le goitre.

M. *Trélat* revient sur la question de l'anatomie pathologique. Il faudrait qu'elle pût montrer au clinicien quelles sont les formes limitées du cancer; dans quel cas les lymphatiques sont ou ne sont pas pris. Mais la chose est difficile et la médecine opératoire pourra seule permettre de faire cette étude.

PRÉSENTATION DE MALADES. — M. *Berger* présente une malade sur laquelle il a fait l'*ostéotomie* et le *redressement continu* par l'appareil d'Hennequin pour une consolidation vicieuse du fémur. L'ostéoclane essayée avait été impuissante, l'ostéotomie fut pratiquée le 17 mai et trois mois après, la consolidation était parfaite et la rectitude du membre absolu.

M. *Jalaguier* présente un malade atteint de pseudarthrose flottante de l'humérus droit guéri par l'avivement à la scie et la contention à l'aide de clous d'os de veau aseptique et d'une ligature circulaire au catgut.

BAZY.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 30 *octobre* 1888.— *Présidence de* M. Fèvre.

Sur le rapport du Dr Fèvre, le Dr Lejeune est nommé associé national.

M. Commenge est chargé de présenter à l'Administration les modifications urgentes à apporter au Formulaire.

Discussion sur le rapport du Dr Yvon (Voir *France médicale*, n° du 14 août).

M. *Savoye* (par lettre) approuve la suppression de l'article 15 et insiste sur la nécessité de nommer des remplaçants.

M. *Colson* (par lettre) demande que : 1° l'article 15 soit maintenu, mais que les titres antérieurs soient seulement des titres scientifiques; 2° un roulement soit établi à la fin de chaque année entre les médecins des bureaux de bienfaisance en fonctions, pour choisir par ordre d'ancienneté celle qui leur conviendrait parmi les circonscriptions vacantes; 3° le concours ait lieu pour tout Paris, les candidats choisissant par ordre de classement : les circonscriptions restées vacantes étant attribuées à une liste supplémentaire de candidats, ceux-ci ne pouvant rester de droit titulaires s'ils refusent les positions offertes.

Après discussion à laquelle prennent part MM. Toledano, Fèvre, Commenge, Mook, on remet la décision à une prochaine séance où on insistera principalement sur le roulemeut entre médecins du bureau de bienfaisance d'arrondissements voisins.

BIBLIOGRAPHIE

Nouveau formulaire magistral, par *A.* et *G. Bouchardat*, 27e édition, un vol. in-32, 700 p. Paris. Félix Alcan, 1888.

Tout le monde connaît ce petit formulaire, avec lequel de nombreuses générations de médecins ont déjà appris la meilleure partie de leur thérapeutique; il est resté le *vade mecum* de la plupart des praticiens, et les formulaires publiés depuis quelques années n'ont porté qu'une bien légère atteinte à la vogue dont il jouit depuis si longtemps.

Depuis la mort de son père, M. le professeur G. Bouchardat continue les éditions successives de ce livre et il s'efforce de lui conserver le caractère d'actualité qu'il a toujours eu. La plupart des formules nouvelles et des médicaments nouveaux sont mentionnés, la plupart mais pas tous, car les chimistes ont proposé depuis quel-

ques années un si grand nombre de substances douées pour la plupart d'une action très énergique, mais non encore suffisamment étudiées, que M. Bouchardat se tient prudemment en garde et attend qu'un nom autorisé ou une plus longue période d'essai fixent définitivement leur place dans la thérapeutique sérieuse. Dans le tourbillon qui entraîne la thérapeutique, ce petit livre sera donc rapidement en retard sur l'état de la science, mais pour aujourd'hui il est au courant autant que peut l'être un livre ; c'est aux journaux que doit revenir le soin de suivre la science au jour le jour et même dans tous les écarts auxquels il lui plaît parfois de se livrer. A. Ch.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Nancy. — M. Heydenreich, professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé, pour trois ans, à partir du 16 novembre 1888, doyen de ladite Faculté.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Un concours pour une place de chef de clinique ophthalmologique sera ouvert à la Faculté de médecine de Bordeaux, le samedi 2 mars 1889, à dix heures du matin.

La durée des fonctions est de deux années. Le traitement annuel est de 1,000 francs. Le chef de clinique nommé entrera en fonctions à dater du 16 mars 1889.

Pour les conditions s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Faculté de médecine de Lille. — M. le Dr Brulant est nommé, pour trois ans, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Coppens.

Ecole de médecine de Besançon. — M. le Dr Maçon, est nommé pour une période de neuf ans, à partir du 1er novembre 1888, suppléant d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. Verne, chef des travaux chimiques, est nommé professeur de pharmacie et matière médicale.

Ecole de médecine de Marseille. — M. le Dr Roux, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes est de clinique obstétricale.

Exposition universelle de 1889. — Médecins membres des comités de 1889. — MM. les docteurs Bourneville, Chautemps, Dreyfus-Brissac, Jeanson, Le Fort, A.-J. Martin, Monod, Napias, Peyron, Rochard, Th. Roussel et Trélat, sont nommés membres du comité d'organisation du Congrès international de l'Assistance publique.

MM. les docteurs Ballet, Bergeron, Bouchard, Bucquoy, Cadet de Gassicourt, Chantemesse, Charcot, Chauffart, Comby, Damaschino, Debove, Desnos, Du Cazal, Féréol, Guyot, Hérard, Jaccoud, Joffroy, Kelsch, Landouzy, Lereboullet, Letulle, Millard, Moutard-Martin, Peter, Potain, Rendu, Siredey et Villemin, sont nommés membres du comité d'organisation du Congrès international de pathologie interne.

MM. les docteurs Berthelot, Mathias Duval, Lagneau, Letourneau, Pozzi, de Quatrefages et Topinard sont nommés membres du Congrès international d'anthropologie et d'archéologie préhistorique.

MM. Berthelot, Brouardel, Javal, Rochard et Troisier sont nommés membres du comité d'organisation du Congrès international pour la propagation des exercices physiques dans l'éducation.

MM. Balzer, Ducastel, Gailleton, Hardy, Humbert, Laillier, Leloir, Mauriac, Pozzi et Ricord, sont nommés membres du comité d'organisation du Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie qui doit avoir lieu pendant l'Exposition de 1889.

— MM. les docteurs Boucheron, Calmettes, Duplay, Garel (de Lyon), Gellé, Gouguenheim, Joal, Lanois (de Lyon), Ladreit de Lacharrière, Lœwenberg, Ménière, Miot, Moure (de Bordeaux), Noquet (de Lille), Ruault, Terrier et Tillaux ont été nommés membres du Comité d'organisation du Congrès national d'otologie et de laryngologie.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 18 *au* 24 *novembre* 1888. — Fièvre typhoïde, 12. — Variole, 3. — Rougeole, 20. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 3. — Diphtérie, Croup, 27. — Phthisie pulmonaire, 184. — Autres tuberculoses, 13. — Tumeurs cancéreuses et autres, 36.

Méningite, 21. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 42. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 05. — Maladies organiques du cœur, 40.

Bronchite aiguë et chronique, 45. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 63.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 51.

Fièvre et péritonite puerpérales, 0. — Autres affections puerpérales, 0.

Débilité congénitale, 19. — Sénilité, 24. — Suicides et autres morts violentes, 16. — Autres causes de mort, 164. — Causes inconnues, 8.

Nombre absolu de la semaine : 806. — Résultat de la semaine précédente : 873.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Essai sur le mal de tête, par le docteur Johannès CHAUMIER, ancien externe des hôpitaux de Lyon. Paris 1888, grand in-8° de 100 pages. Prix : 2 fr. 50.

La prostitution, au point de vue de l'hygiène et de l'administration en France et à l'étranger, par le docteur L. REUSS, Paris 1889, 1 vol. in-8 de 736 pages. Prix : 7 fr. 50.

Anatomie des centres nerveux, leçons professées par le Dr Ludwig EDINGER, traduit de l'allemand par M. SIRAUD, externe des hôpitaux de Lyon. — Paris, 1889, 1 vol. gr. in-8° de 235 pages avec 122 figures, 8 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3

35e Année. — Tome II. N° 141 Samedi 1er Décembre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

De la valeur thérapeutique des climats d'altitude dans la phthisie.

Il y a quelque temps déjà, M. Th. Williams, le médecin climatologiste bien connu, produisait à la *Royal medical and chirurgical Society* un travail sur les résultats du traitement de la phthisie pulmonaire par le séjour dans les hautes altitudes. Dans ce travail, M. Williams rappelait que 141 malades phthisiques observés dans le cours de neuf années avaient séjourné dans des stations (dans les Alpes, les montagnes Rocheuses et le sud de l'Afrique) dont l'altitude variait entre 1,500 et 2,700 mètres. Les résultats étaient véritablement surprenants, puisque la proportion des guérisons complètes a été de 41,13 p. 100, il y a eu amélioration considérable dans 29,78 p. 100, amélioration légère 11,34 p. 100, enfin le mauvais côté de la médaille, l'aggravation comprend 17 p. 100 et la mortalité 13,47 p. 100 de tous les cas. L'amélioration des symptômes locaux existait dans 74,82 p. 100 des cas, enfin ce qui est particulièrement encourageant, la première période de la phthisie a donné 91 p. 100 des cas de guérisons ou d'améliorations. Cependant, dans la discussion qui s'est produite sur ce sujet, les résultats annoncés par l'auteur n'ont pas suffi pour rallier ses collègues à son opinion. Le Dr Pollock et le Dr Quain n'ont pas hésité à déclarer que les cas qui guérissent ou s'améliorent à Davos sont précisément les mêmes qui en font autant à Londres et que l'élément de l'altitude n'exerce pratiquement aucune influence sur le résultat. C'est sans doute là une opinion excessive. Que les climats d'altitude ne conviennent pas à tous les phthisiques, c'est là un point qu'on a cherché à fixer, et l'auteur anglais a soin de nous dire qu'on ne peut espérer un résultat que si le malade n'a ni fièvre, ni symptômes aigus et s'il possède une surface pulmonaire assez étendue pour

Trente-cinquième année. — Tome, II. N° 142. Mardi 4 Décembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome II. N° 142 Mardi 4 Décembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Du prolapsus de la muqueuse de l'urèthre par l'orifice du méat chez la femme (1)

Par M. Francois VILLAR.
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Aide d'anatomie à la Faculté de médecine.

Dans la dernière séance, mon collègue et ami Besançon vous a communiqué, de la part de MM. les Drs Morand et Richard (2), (de Pithiviers) une intéressante observation intitulée « prolapsus de la muqueuse uréthrale chez une petite fille. Opération. » Je pris la parole à cette occasion pour faire remarquer combien cette affection était rare, je signalai les mémoires de Blum et de Rizzoli (de Bologne) dans lesquels le prolapsus de la muqueuse uréthrale se trouve signalé à côté des autres tumeurs de l'urèthre de la femme et j'insistai particulièrement sur l'importance des descriptions précises dans ces cas, pour différencier nettement le prolapsus des tumeurs hypertrophiques de la muqueuse uréthrale et des polypes muqueux ou vasculaires de cette région qui quelquefois d'ailleurs peuvent s'accompagner de prolapsus.

J'ai depuis étudié plus complètement cette question et je me propose aujourd'hui d'en faire un travail d'ensemble, me basant sur les renseignements fournis par les différents traités de gynécologie et sur ceux que j'ai trouvés un peu épars dans des monographies ou des thèses ayant pour but l'étude des tumeurs de l'urèthre chez la femme.

Je dirai aussi quelques mots d'une affection curieuse et plus rare encore, si tant est qu'elle existe, je veux parler du prolapsus de la vessie à travers l'urèthre.

(1) Communication à la Société clinique.
(2) Morand et Richard. *France médicale*, 3 novembre 1888.

I. — Prolapsus de la muqueuse uréthrale.

Et d'abord, ce prolapsus existe-t-il réellement en tant que lésion isolée? peut-on observer, qu'on nous passe l'expression, un prolapsus idiopathique, c'est-à-dire une simple hernie de la muqueuse de l'urèthre indépendante de toute autre lésion de cette membrane? Certains auteurs l'ont nié; pour contester la possibilité d'un prolapsus uréthral ils se sont appuyés sur la disposition anatomique de la région, invoquant l'adhérence de la muqueuse avec la couche musculaire sous-jacente qui ne semble pas permettre son déplacement. On peut supposer, ajoutent ces auteurs, que les cas étiquetés prolapsus se rapportaient à des tumeurs hypertrophiques ayant entraîné la muqueuse par leur volume et leur déplacement.

Le premier argument est facile à réfuter, car il repose sur une erreur anatomique, à en croire ce qu'en disent M. le professeur Sappey et M. Tillaux.

« La muqueuse uréthrale, dit le professeur Sappey (1), n'adhère à la musculeuse que par un tissu cellulaire très lâche, en sorte qu'elle se plisse et se déplisse avec la même facilité que la muqueuse vésicale. »

M. Tillaux (2) s'exprime dans les mêmes termes à ce sujet : « Les deux tuniques de l'urèthre (de la femme) sont séparées l'une de l'autre par une couche assez lâche de tissu *conjonctif*, de *telle sorte* que la muqueuse glisse facilement sur la musculeuse ; il en peut même résulter, surtout chez les petites filles, un prolapsus de la muqueuse par le méat urinaire, ainsi que l'a observé P. Guersant. »

Nous avons nous-mêmes voulu nous rendre compte de la possibilité du glissement de la muqueuse uréthrale sur les parties sous-jacentes, et nous avons à ce propos examiné quelques urèthres de femme à l'Ecole pratique. Or, dans tous les cas, une simple traction légèrement faite avec une pince nous a permis d'amener facilement hors du méat une portion de muqueuse qui venait ainsi faire une saillie assez notable, reproduisant le prolapsus type, tel qu'il a été décrit par certains auteurs.

Quant à la deuxième hypothèse, celle qui subordonne le prolapsus à l'existence d'une tumeur de la muqueuse uréthrale, elle est plus sérieuse, mais demande une explication. Sans doute les tumeurs de l'urèthre peuvent produire et produisent en effet un prolapsus de la muqueuse ; c'est là un fait acquis que nous admettons avec tous les auteurs et sur lequel nous aurons à revenir à propos de l'étiologie.

(1) Sappey. Anatomie descriptive, 1869, t. IV, p. 583.
(2) Tillaux. Traité d'anatomie topographique, 1884, p. 861.

Mais il semble exister en outre des cas de procidence ou de hernie de la muqueuse sans tumeur, ainsi que tendent à le prouver et les observations et les rares autopsies qui ont été pratiquées.

Il faut avouer que les observations intitulées : Prolapsus de la muqueuse uréthrale, ne sont pas toutes à l'abri de tout reproche, car elles sont souvent peu explicites et ne démontrent pas d'une façon péremptoire que l'on ait eu affaire à un simple prolapsus. Néanmoins il en est dans lesquelles la description suffisamment nette de la tumeur ne peut laisser place au doute : citons en passant les observations de Seguin, Guersant, Tavignot, Colombat. On voit au niveau du méat, dit Guersant, une tumeur rouge rappelant par son aspect celui de la chute du rectum : cette tumeur est percée d'une ouverture centrale par où la sonde arrive facilement dans la vessie. L'observation de Seguin que nous rapportons plus loin est encore plus explicite, puisqu'il y est dit que la tumeur fut reconnue, par un examen attentif, entièrement formée par la muqueuse de l'urèthre tuméfiée et extrêmement relâchée.

Une autre preuve de l'existence du prolapsus simple nous est fournie par l'examen nécroscopique pratiqué deux fois par Morgagni. Sur le cadavre d'une vieille femme affectée d'une claudication ancienne et qui avait succombé à un abcès du bras, Morgagni trouva la tunique interne de l'urèthre renversée dans une petite étendue et tombant hors de l'orifice de ce canal, comme cela s'observe quelquefois sur la tunique du vagin ou sur celle du rectum.

Le même auteur trouva aussi, sur le cadavre d'une jeune fille de 15 ans, un corps rougeâtre saillant de l'origine uréthrale. Après avoir incisé le canal dans le sens de sa longueur, il s'assura que cette petite tumeur n'était autre que la tunique interne, devenue noirâtre sur toute sa partie supérieure et renversée au dehors par son extrémité inférieure simulant ainsi une tumeur.

Guersant a eu aussi l'occasion de pratiquer une autopsie : il reçut à l'Hôpital des Enfants une fillette de 10 ans, de constitution chétive et d'une maigreur prononcée ; cette fillette présentait au niveau du méat une tumeur rougeâtre présentant des plis circulaires concentriques et dont l'aspect était celui d'une muqueuse reconnaissable à ses caractères physiques. Excision avec des ciseaux courbes le 15 mai ; le 29 la petite malade est emportée par la tuberculose pulmonaire. A l'autopsie on constate que les poumons sont farcis de tubercules. L'incision de l'urèthre permet de se rendre compte de l'état de la muqueuse ; celle-ci tapisse le quart supérieur du canal mais n'existe plus dans les trois quarts inférieurs où le tissu propre de l'urèthre est à nu.

Ceci prouve bien que le chirurgien avait dû faire une large résec-

tion de la muqueuse et qu'il s'agissait d'un prolapsus et non d'une tumeur plus ou moins limitée. Ainsi donc, les observations et les examens nécroscopiques nous démontrent l'existence du prolapsus simple, dont le mécanisme s'explique par la disposition anatomique de la muqueuse.

Mais, disons-le encore une fois, les observations publiées sous le titre de : Prolapsus de la muqueuse uréthrale, ne sont pas tout à fait inattaquables, nous avons même fait observer à propos de l'observation de MM. Morand et Richard qu'il était indispensable d'insister sur les caractères de ces tumeurs, afin de pouvoir éviter toute confusion dans l'esprit du lecteur.

Notre but dans ce travail, c'est d'établir l'état actuel de la question sur ce point ; peut-être servira-t-il à attirer l'attention des chirurgiens et des gynécologistes qui pourront par des observations ultérieures prises avec soin, établir définitivement l'existence du prolapsus simple de la muqueuse uréthrale.

Historique. — Bien que le prolapsus uréthral soit une affection rare, son histoire ne date pas d'hier, car elle remonte à 1751. A cette époque Morgagni (1), le premier, signale dans ses lettres quelques observations d'excroissance de l'urèthre et trois cas de prolapsus : nous connaissons déjà les deux premiers cas où la lésion put être examinée *post mortem*. Dans un troisième cas, Morgagni constata encore sur la paroi inférieure de l'urèthre, la tunique interne renversée sous l'influence d'un léger tiraillement et tombant au dehors de l'origine du canal.

Je passe sur les observations de Solingen (2) et de Hoin (3) prises par les uns pour des procidences de la tunique interne de la partie inférieure de la vessie, par d'autres pour des prolapsus de la muqueuse du col ou de la partie la plus reculée de la muqueuse uréthrale.

En 1820, Seguin (4) rapporte dans la Bibliothèque médicale, une observation de « chute de la membrane muqueuse de l'urèthre faisant saillie hors du méat urinaire ». La tumeur, du volume d'une noisette, fut reconnue par un examen attentif entièrement poussée par la muqueuse de l'urèthre, tuméfiée et tellement relâchée qu'elle

(1) Morgagni. De sedibus et causis morborum. Lettre LXX, n° 10.
Idem. Lettre L, n° 51, p. 281.
Idem. Lettre LVI, n° 21.

(2) Verdier. Mém. de l'Académie Roy. de chir., t. II, p. 32. — 1753. Recherches sur les hernies de la vessie.

(3) Hoin. Essai sur les hernies, p. 343.

(4) Seguin. Note sur une chute de la membrane muqueuse de l'urèthre faisant saillie hors le méat urinaire. Bibliothèque médicale 1820, t. LXVIII, p. 86.

avait fait chute à travers le méat urinaire : en son centre se trouvait un enfoncement qui n'était autre chose que l'orifice du canal de l'urèthre ; la réduction de la tumeur fut facile. Elle fut traitée par la ligature sur une algalie de femme préalablement introduite dans l'urèthre ; la tumeur se détacha le quatrième jour et huit jours après la malade était complètement guérie.

Cette observation que nous donnons résumée est complète à tous les points de vue ; le premier, Seguin décrit nettement les caractères de la tumeur et fait remarquer qu'elle est bien formée par la muqueuse prolabée ; enfin, le résultat obtenu par là ligature sur la sonde a été des plus rapides.

Boyer (1), dans son Traité des maladies chirurgicales, admet que « la membrane interne de l'urèthre est suscèptible de renversement, surtout lorsqu'un calcul a été pendant quelque temps engagé dans ce canal. » Il rapporte, à ce propos, une observation communiquée à l'Académie royale de chirurgie par Sernin (2), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Narbonne. « Une jeune fille de 11 ans était sujette depuis sa cinquième année à de fréquentes difficultés d'uriner ; ce chirurgien, ayant examiné la vulve, y trouva un corps cylindrique, rouge, charnu en apparence, percé à son extrémité et saillant de quatre pouces hors des grandes lèvres. Ce corps naissait immédiatement du méat urinaire, et paraissait être un prolongement de la membrane interne de l'urèthre. Pour mieux s'en assurer, Sernin engagea la malade à uriner en sa présence. A l'instant même cette tumeur se gonfla comme si on l'eût soufflée, l'urine sortit en même temps par un petit jet qui continua quelques secondes après que le besoin eût cessé, jusqu'à ce que l'urine contenue dans ce prolongement eut été évacuée. La malade pouvait, en relâchant le col de la vessie, laisser passer l'urine dans cette poche ; elle pouvait aussi l'empêcher d'y pénétrer. D'après cette circonstance, on jugea qu'on pouvait sans inconvénient exciser cette portion flottante de l'urèthre ; la guérison fut prompte et facile. »

Ainsi donc, Sernin le dit bien, la tumeur semblait être un prolongement de la muqueuse de l'urèthre. Cependant la longueur de cette saillie uréthrale peut paraître exagérée, étant donné le peu d'étendue de la muqueuse uréthrale ; aussi Garnier se refuse-t-il à ranger cette observation dans le cadre des prolapsus. D'un autre côté Tavignot l'accepte comme un cas de prolapsus et cherche à

(1) Boyer. Traité des maladies chirurgicales, 1831, t. IX, p. 83 et 1853, t. VII, p. 213.

(2) Sernin. Bullet. de thérap., 1843, t. XXV, p. 477, et in Chopart. Traité des maladies des voies urinaires, t. I, p. 307.

expliquer sa longueur exagérée par le glissement successif et étendu de la muqueuse uréthrale et par l'extensibilité propre de cette membrane par suite de l'ancienneté même de l'affection.

Patron, dont nous aurons à parler plus loin, rapporte une observation empruntée par J. Burns (1) au Recueil périodique (t. XVII, p. 304), et fait remarquer avec juste raison qu'elle ressemble à la précédente au point d'en paraître un sommaire. Le lecteur pourra en juger lui-même : « Jeune fille de 11 ans, sujette depuis sa troisième année à de fréquentes attaques de dysurie. M. Harpin l'ayant examinée après une violente attaque, trouva un corps cylindrique long de 4 pouces, faisant saillie à la vulve; chaque fois que la malade cherchait à uriner, cette saillie gonflait. Elle fut coupée avec succès. » Il s'agit là évidemment de l'observation de Sernin ; le prétendu M. Harpin doit sans doute son existence à l'erreur de l'imprimeur et c'est Sernin qu'il faut lire à sa place.

La Gazette des hôpitaux de 1841 contient une observation de Guersant (2) qui a trait à une chute de la muqueuse uréthrale chez une petite fille de 8 ans ; peu de temps après, le même auteur rapporte le résultat de l'autopsie pratiquée chez cette petite fille morte de tuberculose pulmonaire (3).

En 1842 Tavignot (4) fait paraître dans l'Examinateur médical un mémoire sur la hernie de la muqueuse uréthrale qu'il propose de désigner sous le nom de hernie muqueuse uréthro-vulvaire à cause de la saillie de la tumeur uréthrale qui occupe une partie ou même la totalité de la vulve. Ce mémoire est basé sur les observations de Morgagni, de Sernin, d'Hoin et sur trois observations personnelles recueillies à l'hôpital des Enfants-Malades, parmi lesquelles celle déjà citée de Guersant.

Colombat (5), dans son Traité des maladies des femmes, signale une observation du prolapsus de la muqueuse uréthrale intéressante en ce sens que la malade âgée de 20 ans, présentait un relâchement très manifeste de tous les organes de la génération : utérus abaissé, grandes et petites lèvres procidentes, molles et beaucoup plus allongées que de coutume. Puis, l'auteur donne une bonne description de la procidence de la muqueuse. « Cette affection, dit-il, qui est due à une boursouflure de la muqueuse uréthrale, se manifeste par une

(1) John Burns. Traité d'accouchements, 1837.

(2) Guersant. Chute de la membrane muqueuse de l'urèthre chez une petite fille de 8 ans. (Gaz. des hôp., 1841, p, 246.

(3) Guersant. Gaz. des hôp., 1841, p. 282.

(4) Tavignot. Hernie de la muqueuse uréthrale. (Examinateur médical, 1842, p. 73 et 85.)

(5) Colombat. Traité des maladies des femmes, t. I, p. 372,

petite tumeur rougeâtre qui fait une saillie plus ou moins considérable en dehors du méat urinaire, et qui se distingue du fongus uréthral par sa forme régulière, sa réductibilité et surtout par une ouverture centrale qu'on y remarque. »

En 1857, Patron (1) médecin de l'Asylum de Gibraltar, publie dans les Archives générales de médecine un intéressant mémoire intitulé : « Du renversement de la muqueuse uréthrale et vésicale ». mémoire incomplet au point de vue bibliographique, mais qui renferme trois observations personnelles dont une rapportée avec un luxe de détails que nous aurions voulu trouver dans les autres observations antérieures aux siennes.

(*La suite au prochain numéro*).

THÉRAPEUTIQUE

Sur les applications de l'électrolyse au traitement des tumeurs (2),

Par M. Darin.

L'électrolyse a été très souvent employée avec succès à la destruction des tumeurs, mais jusqu'à présent, elle n'a reçu en France que des applications restreintes. Les cas auxquels s'applique ce traitement peuvent se grouper suivant trois catégories distinctes :

1° Les cas où tout autre traitement est inapplicable;

2° Ceux pour lesquels l'électrolyse offre des avantages particuliers sur les nombreux procédés dont dispose la Chirurgie ordinaire ;

3° Ceux enfin où les sujets refusent de se soumettre à l'instrument tranchant.

C'est dans le but de propager l'emploi de ce mode de traitement qu'a été fondée la Clinique Henry Giffard. Bien que cette Clinique soit ouverte depuis moins d'un an, j'ai déjà obtenu un certain nombre de résultats intéressants. Ainsi je suis parvenu à faire disparaître :

1° Un carcinome très volumineux du sein gauche, chez une femme de 74 ans, pour lequel un chirurgien distingué de l'Hôtel-Dieu conseillait l'abstention ;

2° Un squirre moins gros du sein droit, compliqué d'un engorgement ganglionnaire de l'aisselle ;

3° Un cancer, du volume d'une orange, récidivé dans l'aisselle

(1) Patron. Du renversement de la muqueuse de l'urèthre et de la muqueuse vésicale. (Arch. génér. de méd., 1857, p. 549.)

(2) Communication à l'Académie des sciences.

après 2 extirpations du sein correspondant, datant de huit ans, chez une femme de 70 ans extrêmement débilitée (ce cas est encore en cours de traitement);

4° Une tumeur dure (fibrome ou enchondrome) voisine du lobule de l'oreille ;

5° Une hydrocèle considérable datant de quinze ans ;

6° Une hydarthrose du genou datant de dix ans ;

7° Un hygroma prérotulien ;

8° Une loupe de la joue datant de dix ans ;

9° Quelques autres tumeurs moins importantes, telles qu'une excroissance verruqueuse du dos, un milium de la paupière supérieure, etc.

Enfin, comme application curieuse, je citerai de très nombreux faits d'épilation galvanique, offrant l'avantage d'une destruction radicale du follicule pileux sans la moindre cicatrice consécutive.

L'effet calmant du courant continu n'est pas moins remarquable dans toutes les affections douloureuses.

Ces résultats ont été obtenus avec un outillage bien simple, très facile à manier et à l'aide de la pile au chlorure de zinc du système Gaiffe.

MICROBIOLOGIE

Sur une nouvelle méthode de désinfection des mains du chirurgien (1).

Par MM. Jules Roux et H. Reynès.

Depuis longtemps, de nombreuses expériences de Kummel, de Gœrtner, de Fœrster, etc., ont montré que la méthode employée ordinairement par les chirurgiens, pour se désinfecter les mains, parvient bien à tuer tous les microbes saprophytes ou pathogènes qui se trouvent normalement sur la surface de la main, mais non ceux de l'espace sous-unguéal. Après avoir essayé différents liquides, M. Furbringer, de Berlin, a intercalé un lavage à l'alcool à 80° entre le lavage au savon et le lavage au sublimé. Par l'emploi de l'alcool, l'asepsie de l'espace sous-unguéal est assurée, grâce, semble-t-il, au *mouillage complet* que ce liquide réalise. Il nous a paru intéressant de contrôler ces expériences.

D'abord, après nous être lavé, brossé et nettoyé les mains et les ongles à l'eau chaude et au savon, puis à l'acide phénique à 10 p. 1000, ou au sublimé à 1 p. 1000, nous avons raclé l'espace sous-unguéal

(1) Communication à l'Académie des sciences.

avec un fil de fer court, mince, rugueux, stérilisé et tenu par un manche également stérilisé. Abandonnant ensuite ce fil de fer ainsi chargé, soit en gélatine, soit en agar-agar, nous examinions quarante-huit heures après ce qu'avaient produit ces ensemencements. Douze fois nous avons répété cette expérience, et douze fois les colonies se sont développées si nombreuses que la culture se trouvait liquéfiée.

Nous n'avions dans ces expériences aucun parti pris contre la méthode ancienne : aussi opérions-nous sur nos mains tantôt avant, tantôt après la visite à l'hôpital ; nous voulions seulement, d'après ces essais, être à même de mieux juger la méthode recommandée par Furbringer.

Nous avons ensuite procédé, d'après Furbringer, de la façon suivante :

1° Curage mécanique des ongles à sec ;

2° Lavage et brossage au savon et à l'eau aussi chaude que possible pendant une minute au moins ;

3° Lavage et brossage à l'alcool à 80° pendant le même temps ;

4° *Avant l'évaporation totale de l'alcool*, lavage et brossage avec les solutions antiseptiques. Nous laissons sécher nos mains à l'air libre.

Au dire de l'auteur allemand, les râclures de l'espace sous-unguéal, ensemencées alors en gélatine, se sont toujours montrées stériles.

Voici le résultat de nos expériences ;

1re *série* (5 godets), pas une colonie. — 2e *série* (5 tubes), 2 ont 5 ou 6 colonies. — 4e *série* (5 tubes), 2 ont quelques colonies. — 4e *série* (5 godets), 1 a quelques colonies. — 5e *série* (5 godets), pas une colonie. — 6e *série* (5 tubes), 2 ont des colonies. — 7e *série* (5 godets), pas une colonie. — 8e *série* (5 godets), pas une colonie.

Lorsque nous employions des tubes, nous nous servions du procédé d'Esmarch.

Nos ensemencements étaient placés dans une étuve à 22° C. ; nous les examinions chaque matin et, lorsqu'au quatrième jour ils étaient restés stériles, nous tenions ce résultat pour définitif.

Nos résultats ne sont pas aussi favorables que ceux que M. Furbringer reconnaît à sa méthode.

Au point de vue *expérimental*, ils montrent que, sur 40 ensemencements, l'aseptie a été réalisée 33 fois, c'est-à-dire dans une proportion supérieure à 80 pour 100 ;

Au point de vue *clinique*, que, sur 8 séries, l'aseptie complète n'a été réalisée que 4 fois, c'est-à-dire dans 50 pour 100 des lavages.

Bien que de nos expériences il résulte que la méthode de Fur-

bringer ne réalise pas encore la perfection, nous croyons cependant que, vu l'insuffisance de l'ancien procédé, bien démontrée par nous et par d'autres, les chirurgiens se trouveront bien de l'emploi de cette méthode, principalement dans la chirurgie abdominale et gynécologique, *étant donné surtout qu'au cours d'une opération l'espace sous-unguéal n'est jamais soumis à un frottement si énergique que le réclament des expériences de laboratoire et a ainsi moins de chances de perdre les germes nuisibles qu'il contient.*

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS.

Séance du 14 *juin* 1888. — *Présidence de M.* Bouchard.

M. *Chipault* lit deux observations de lymphangismes ganglionnaires. (V. *France méd.* nos 77 et 78.)

M. *Bouchard.* Il serait intéressant d'avoir des renseignements sur l'état du sang de ces malades. La coïncidence avec la chylurie, l'endémicité de cette affection dans les pays chauds indiquent les recherches hématologiques.

M. *Chipault.* Les examens histologiques de lymphangismes ganglionnaires sont très curieux, ils remontent à 1867 et ont été faits par M. Auger. J'ai recherché chez mes malades, par les procédés usités, les filaires du sang. Je ne les ai pas rencontrées.

M. *Lefebvre* rapporte trois observations d'accouchement prématuré provoqué par un ballon excitateur et dilatateur volumineux et incompressible. (V. *France méd.* nos 83, 84 et 85.)

M. *Ruault* présente à la Société un rhinolithe et rapporte les circonstances de son extraction.

M. *Hischmann.* Le plus souvent, le point d'appel, l'origine de ces concrétions nasales est un corps étranger. Dans le cas présent, M. Ruault a-t-il pu déterminer la nature du rhinolithe?

M. *Ruault.* Je n'ai pas encore fendu le corps étranger, mais le sujet était un priseur invétéré. L'introduction d'une matière étrangère comme cause de la concrétion est donc possible.

Les Secrétaires des séances,
A. Gilbert, M. Lebreton.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 29 *octobre* 1888,—Présidence de M. le Dr Philbert, vice-président.

M. *Dauchez* demande la parole pour la communication de deux observations de spléno-pneumonie (Sera publié).

M. *Machelard* demande à M. Dauchez ce qu'est devenu l'espace de Traube dans les deux observations qu'il vient de rapporter.

M. *Dauchez* n'a pas songé à le rechercher, la maladie étant encore si peu connue.

M. *Philbert* demande si cette maladie s'observe toujours après les fièvres éruptives.

M. *Dauchez* répond que les premières attaques sont survenues comme complication, soit d'une coqueluche, soit d'une rougeole et les rechutes à la suite de refroidissements.

La séance est levée à 10 heures.

Le secrétaire des séances,
Dr Bernard.

NÉCROLOGIE

Le Dr Chenevier, ancien directeur de l'Ecole de médecine de Besançon, conseiller général du Doubs pour le canton d'Audeux, mort à l'âge de 62 ans.

NOUVELLES

Académie de médecine. — La séance publique annuelle de l'Académie de médecine aura lieu le 11 décembre prochain. M. le Dr Bergeron, secrétaire perpétuel, prononcera l'éloge de Mélier, ancien inspecteur général des services sanitaires.

Faculté de médecine de Paris. — Par décision de la Commission scolaire, les élèves officiers de santé de première année sont tenus de subir, en juillet, le premier examen de fin d'année.

Cette disposition s'applique également aux élèves officiers de santé qui seraient dans l'intention de renoncer à leurs inscriptions d'officiat, pour prendre des inscriptions de doctorat.

Ecole de médecine de Reims. — Ont été proclamés lauréats de l'Ecole pour l'année scolaire 1887-1888.

Médecine. — Première année : prix, M. Céry. — Deuxième année : prix, M. Longuet. — Troisième année : premier prix, M. Roussel; deuxième prix, M. Isidor ; prix de clinique, M. Longuet.

Officiat. — Troisième année : prix, M. Moufflier.

Prix de la Société d'hygiène de l'enfance. — *Conditions du concours.* — 1° Des récompenses honorifiques consistant en une médaille d'argent, 1er prix ; en une médaille de bronze, 2e prix ; et en une mention honorable, 3e prix, seront décernées en 1889, par la Société d'hygiène de l'enfance, aux meilleurs travaux répondant à chacune des questions ci-dessous :

2° Les sujets du concours sont :

a. (Sera déterminé ultérieurement.)

b. La contagion à l'école.

c. Monographie au point de vue de l'hygiène d'une industrie employant des enfants.

3° Quiconque désirera prendre part au concours devra se conformer aux conditions imposées.

4° Les jurés du concours seront élus parmi les membres de la Société par tous les membres qui la composent. Ils se composent de cinq membres qui choisissent un président.

Les membres titulaires de la Société pourront traiter les sujets choisis, mais ne prendront pas part au concours.

6° Les candidats devront déposer leur mémoire écrit en français, accompagné d'une traduction française, avant le 1er mai 1889.

Les mémoires devront être originaux et ne pas avoir été déjà publiés.

7° Les mémoires ne devront porter aucune marque extérieure capable de trahir leur origine. Une épigraphe les désignera, une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur et reproduisant l'épigraphe accompagnera le mémoire et indiquera au jury le nom de l'auteur des divers mémoires.

Ces enveloppes seront séparées des mémoires et remises au président de la Société qui ne les ouvrira qu'une fois que le jury aura statué sur la valeur et le classement des travaux ; alors seulement le nom des lauréats sera connu.

8° Les travaux jugés dignes d'un prix ou d'une mention pourront, suivant l'avis du jury, être insérés dans le Bulletin de la Société, ou exceptionnellement être favorisé d'un tirage à part.

Les manuscrits seront gardés et déposés aux archives tout en restant la propriété littéraire des auteurs.

9° Au cas où les mémoires présentés ne sembleraient pas aux juges devoir mériter les prix et distinctions susmentionnés, un rapport sommaire mentionnerait ces travaux en les analysant.

10° Un rapport détaillé rendra compte du concours et sera lu à l'assemblée générale par le rapporteur du concours et inséré dans le Bulletin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Les anomalies de la vision, par le Dr Imbert, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, avec une introduction par E. Javal, membre de l'Académie de médecine. — Paris, 1889, 1 vol. in-16 de 276 pages, avec 48 figures, 3 fr. 50.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.—A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3

I. — Prolapsus de la muqueuse uréthrale.

Et d'abord, ce prolapsus existe-t-il réellement en tant que lésion isolée? peut-on observer, qu'on nous passe l'expression, un prolapsus idiopathique, c'est-à-dire une simple hernie de la muqueuse de l'urèthre indépendante de toute autre lésion de cette membrane? Certains auteurs l'ont nié ; pour contester la possibilité d'un prolapsus uréthral ils se sont appuyés sur la disposition anatomique de la région, invoquant l'adhérence de la muqueuse avec la couche musculaire sous-jacente qui ne semble pas permettre son déplacement. On peut supposer, ajoutent ces auteurs, que les cas étiquetés prolapsus se rapportaient à des tumeurs hypertrophiques ayant entraîné la muqueuse par leur volume et leur déplacement.

Le premier argument est facile à réfuter, car il repose sur une erreur anatomique, à en croire ce qu'en disent M. le professeur Sappey et M. Tillaux.

« La muqueuse uréthrale, dit le professeur Sappey (1), n'adhère à la musculeuse que par un tissu cellulaire très lâche, en sorte qu'elle se plisse et se déplisse avec la même facilité que la muqueuse vésicale. »

M. Tillaux (2) s'exprime dans les mêmes termes à ce sujet : « Les deux tuniques de l'urèthre (de la femme) sont séparées l'une de l'autre par une couche assez lâche de tissu conjonctif, de telle sorte que la muqueuse glisse facilement sur la musculeuse ; il en peut même résulter, surtout chez les petites filles, un prolapsus de la muqueuse par le méat urinaire, ainsi que l'a observé P. Guersant. »

Nous avons nous-mêmes voulu nous rendre compte de la possibilité du glissement de la muqueuse uréthrale sur les parties sous-jacentes, et nous avons à ce propos examiné quelques urèthres de femme à l'Ecole pratique. Or, dans tous les cas, une simple traction légèrement faite avec une pince nous a permis d'amener facilement hors du méat une portion de muqueuse qui venait ainsi faire une saillie assez notable, reproduisant le prolapsus type, tel qu'il a été décrit par certains auteurs.

Quant à la deuxième hypothèse, celle qui subordonne le prolapsus à l'existence d'une tumeur de la muqueuse uréthrale, elle est plus sérieuse, mais demande une explication. Sans doute les tumeurs de l'urèthre peuvent produire et produisent en effet un prolapsus de la muqueuse ; c'est là un fait acquis que nous admettons avec tous les auteurs et sur lequel nous aurons à revenir à propos de l'étiologie.

(1) Sappey. Anatomie descriptive, 1869, t. IV, p. 583.
(2) Tillaux. Traité d'anatomie topographique, 1884, p. 861.

Mais il semble exister en outre des cas de pr
de la muqueuse sans tumeur, ainsi que tende
observations et les rares autopsies qui ont été

Il faut avouer que les observations intitulées
queuse uréthrale, ne sont pas toutes à l'abri
elles sont souvent peu explicites et ne démont
péremptoire que l'on ait eu affaire à un simple
il en est dans lesquelles la description suffisa
meur ne peut laisser place au doute : citons en
tions de Seguin, Guersant, Tavignot, Colomba
du méat, dit Guersant, une tumeur rouge rapp
celui de la chute du rectum : cette tumeur est
ture centrale par où la sonde arrive facilement
servation de Seguin que nous rapportons plus
explicite, puisqu'il y est dit que la tumeur
examen attentif, entièrement formée par la n
tuméfiée et extrêmement relâchée.

Une autre preuve de l'existence du prolap
fournie par l'examen nécroscopique pratiqué
gagni. Sur le cadavre d'une vieille femme aff
tion ancienne et qui avait succombé à un abcè
trouva la tunique interne de l'urèthre renve
étendue et tombant hors de l'orifice de ce car
serve quelquefois sur la tunique du vagin ou su

Le même auteur trouva aussi, sur le cada
de 15 ans, un corps rougeâtre saillant de l'ori
avoir incisé le canal dans le sens de sa longueu
petite tumeur n'était autre que la tunique inte
sur toute sa partie supérieure et renversée au
mité inférieure simulant ainsi une tumeur.

Guersant a eu aussi l'occasion de pratiquer
à l'Hôpital des Enfants une fillette de 10 ans, d
et d'une maigreur prononcée ; cette fillette pr
méat une tumeur rougeâtre présentant des pli
triques et dont l'aspect était celui d'une muqu
ses caractères physiques. Excision avec
le 15 mai ; le 29 la petite malade est empor
pulmonaire. A l'autopsie on constate que les p
tubercules. L'incision de l'urèthre permet de
l'état de la muqueuse ; celle-ci tapisse le qua
mais n'existe plus dans les trois quarts inférie
de l'urèthre est à nu.

Ceci prouve bien que le chirurgien avait dû

tion de la muqueuse et qu'il s'agissait d'un prolapsus et non d'une tumeur plus ou moins limitée. Ainsi donc, les observations et les examens nécroscopiques nous démontrent l'existence du prolapsus simple, dont le mécanisme s'explique par la disposition anatomique de la muqueuse.

Mais, disons-le encore une fois, les observations publiées sous le titre de : Prolapsus de la muqueuse uréthrale, ne sont pas tout à fait inattaquables, nous avons même fait observer à propos de l'observation de MM. Morand et Richard qu'il était indispensable d'insister sur les caractères de ces tumeurs, afin de pouvoir éviter toute confusion dans l'esprit du lecteur.

Notre but dans ce travail, c'est d'établir l'état actuel de la question sur ce point ; peut-être servira-t-il à attirer l'attention des chirurgiens et des gynécologistes qui pourront par des observations ultérieures prises avec soin, établir définitivement l'existence du prolapsus simple de la muqueuse uréthrale.

Historique. — Bien que le prolapsus uréthral soit une affection rare, son histoire ne date pas d'hier, car elle remonte à 1751. A cette époque Morgagni (1), le premier, signale dans ses lettres quelques observations d'excroissance de l'urèthre et trois cas de prolapsus : nous connaissons déjà les deux premiers cas où la lésion put être examinée *post mortem*. Dans un troisième cas, Morgagni constata encore sur la paroi inférieure de l'urèthre, la tunique interne renversée sous l'influence d'un léger tiraillement et tombant au dehors de l'origine du canal.

Je passe sur les observations de Solingen (2) et de Hoin (3) prises par les uns pour des procidences de la tunique interne de la partie inférieure de la vessie, par d'autres pour des prolapsus de la muqueuse du col ou de la partie la plus reculée de la muqueuse uréthrale.

En 1820, Seguin (4) rapporte dans la Bibliothèque médicale, une observation de « chute de la membrane muqueuse de l'urèthre faisant saillie hors du méat urinaire ». La tumeur, du volume d'une noisette, fut reconnue par un examen attentif entièrement poussée par la muqueuse de l'urèthre, tuméfiée et tellement relâchée qu'elle

(1) Morgagni. De sedibus et causis morborum. Lettre LXX, n° 10.
Idem. Lettre L, n° 51, p. 281.
Idem. Lettre LVI, n° 21.

(2) Verdier. Mém. de l'Académie Roy. de chir., t. II, p. 32. — 1753. Recherches sur les hernies de la vessie.

(3) Hoin. Essai sur les hernies, p. 343.

(4) Seguin. Note sur une chute de la membrane muqueuse de l'urèthre faisant saillie hors le méat urinaire. Bibliothèque médicale 1820, t. LXVIII, p. 86.

35e Année. — Tome II. N° 143 Jeudi 6 Décembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 5 *décembre* 1888.

M. Maurice Laugier a lu à l'Académie de médecine l'observation d'une femme de 63 ans qui, voulant se suicider, s'est fait 142 blessures, la plupart très profondes et très graves. Les aliénistes attribuent généralement à l'insensibilité physique qui accompagne une violente exaltation mentale les blessures nombreuses que se font les aliénés qui veulent se suicider. M. Laugier ne discute pas cette opinion, mais il apporte un fait extrêmement curieux.

M. le Dr Boulomié (de Vittel) qui s'est fait une spécialité des questions d'organisation du service de santé en campagne, montre le moyen d'improviser des brancards et de transformer des voitures de culture et des voitures d'industrie. Notre confrère connaît parfaitement toutes ces questions sur lesquelles il se propose de publier prochainement un ouvrage important.

M. Cornil a lu de la part de M. le Dr Foucher une note sur le lavage de l'estomac chez les enfants.

M. Brouardel a continué la discussion sur la nécrose phosphorée. Répondant à la communication faite dans la dernière séance par M. Magitot, M. Brouardel ne nie pas le mode pathogénique invoqué par M. Magitot ; il décline à ce sujet toute compétence, mais en dehors des mesures que M. Magitot propose, il y en a une qui serait bien plus efficace, ce serait la substitution du phosphore rouge au phosphore blanc. Le phosphore rouge qui n'est pas toxique ne provoquerait aucun accident chez les ouvriers des usines, de plus, il diminuerait considérablement plus tard les chances d'incendie. Le vœu proposé par M. Brouardel a été accepté par l'Académie à l'unanimité.

Dans cette même séance, M. Tissier père, de Lyon, a été élu associé national de l'Académie, à la presque unanimité des suffrages, 50 voix sur 51 votants.

A. Ch.

Du prolapsus de la muqueuse de l'urèthre par l'orifice du méat chez la femme

Par M. Francis Villar.
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Aide d'anatomie à la Faculté de médecine.

(*Suite*) (1).

Guersant (2), revenant sur la question, publie un petit article dans le Bulletin de thérapeutique de 1866 : il expose tour à tour les causes, les signes et le traitement de la hernie de la muqueuse de l'urèthre, affection qui, d'après lui, n'est pas très rare chez les petites filles puisque, en vingt ans de pratique, il en aurait observé 12 à 15 cas chez des petites filles âgées de 2 à 12 ans.

Courty (3) indique les signes du prolapsus uréthral qu'il a eu l'occasion d'observer chez une dame ; il enleva la muqueuse procidente au moyen d'une incision circulaire et cautérisa tous les huit jours le canal avec le nitrate d'argent.

Roser (4) parle de la chute de la muqueuse uréthrale sans la distinguer d'une façon précise de l'hypertrophie ou des tumeurs vasculaires.

Dans son Mémoire sur les excroissances et tumeurs de l'urèthre chez la femme, le professeur Francisco Rizzoli (de Bologne) (5) rapporte quelques cas de prolapsus uréthral, entre autres celui de Pierre Paul Malgô (6) et une observation personnelle ayant trait à une petite fille de 4 ans atteinte en même temps de prolapsus rectal et vaginal.

Les thèses de Bréchot et Garnier-Mouton passées toutes deux en 1876 et ayant pour titre l'une : « Des tumeurs de l'urèthre chez la femme » ; l'autre : « Des tumeurs hypertrophiques et vasculaires de l'uréthre chez la femme », consacrent un court chapitre au prolapsus uréthral.

Blum (7) qui, en 1877, a publié dans les *Archives de médecine*, un intéressant mémoire sur (les affections de l'urèthre chez la femme),

---

(1) Voir *France médicale* n. 142.

(2) Guersant. Bullet. de thérap., 1866, t. LXXI, p. 307.

(3) Courty. Traité pratique des maladies de l'utérus, 2e édit.

(4) Roser. Manuel de chirurgie anat., 1872, p. 667.

(5) Rizzoli. Des excroissances et tumeurs qui se développent à l'intérieur et à l'orifice de l'urèthre chez la femme et de leur traitement, 1873, trad. Galles, Bruxelles, 1875.

(6) Malgô. Giornale Veneto di scienze med. 1853.

(7) Blum. Des affections de l'urèthre chez la femme. Arch. gén. de méd. 1877, p. 309.

petite tumeur rougeâtre qui fait une saillie plus rable en dehors du méat urinaire, et qui se distin thral par sa forme régulière, sa réductibilité et verture centrale qu'on y remarque. »

En 1857, Patron (1) médecin de l'Asylum de Gi les Archives générales de médecine un intéressai « Du renversement de la muqueuse uréthrale et incomplet au point de vue bibliographique, mai observations personnelles dont une rapportée a tails que nous aurions voulu trouver dans les antérieures aux siennes.

(La suite au proc

THÉRAPEUTIQUE

Sur les applications de l'électrolyse a des tumeurs (2),

Par M. Darin.

L'électrolyse a été très souvent employée ave truction des tumeurs, mais jusqu'à présent, elle n que des applications restreintes. Les cas auxq traitement peuvent se grouper suivant trois caté

1° Les cas où tout autre traitement est inappli

2° Ceux pour lesquels l'électrolyse offre des av sur les nombreux procédés dont dispose la Chiru

3° Ceux enfin où les sujets refusent de se soum tranchant.

C'est dans le but de propager l'emploi de ce m qu'a été fondée la Clinique Henry Giffard. Bien soit ouverte depuis moins d'un an, j'ai déjà obten bre de résultats intéressants. Ainsi je suis parv raître :

1° Un carcinome très volumineux du sein gauch de 74 ans, pour lequel un chirurgien distingué de seillait l'abstention ;

2° Un squirre moins gros du sein droit, compli ment ganglionnaire de l'aisselle ;

3° Un cancer, du volume d'une orange, récid

---

(1) Patron. Du renversement de la muqueuse de l'urèth vésicale. (Arch. génér. de méd., 1857, p. 549.)

(2) Communication à l'Académie des sciences.

auteurs, cette affection se rencontrerait presque exclusivement chez les petites filles.

Or, nous trouvons plusieurs observations dans lesquelles les malades avaient 20, 38, 46 ans, etc. Malgo, Courty, Seguin, ont observé le prolapsus sur des dames ou des femmes, c'est-à-dire que leurs malades avaient au moins 20 ou 25 ans; la malade de Colombat était âgée de 20 ans; Streubel cite trois cas de prolapsus chez des femmes de 38 à 56 ans; Blum en a observé un cas chez une femme de 46 ans.

Rappelons enfin que la première observation de Morgagni se rapporte à une vieille femme.

Il n'en est pas moins vrai que le jeune âge constitue une des causes prédisposantes les plus efficaces.

L'état de faiblesse générale a été noté avec soin par Guersant et Tavignot comme un des facteurs les plus importants; presque toujours, en effet, ils avaient eu affaire à des petites filles débilitées par une maladie aiguë ou chronique (tuberculose) et présentant un état de cachexie assez prononcée.

La dilatation plus ou moins marquée du canal, une dysurie durant depuis un certain temps avant l'apparition de la tumeur, ce sont là encore des causes qui ont été invoquées par plusieurs auteurs. Mais, sait-on si cette dilatation et cette dysurie sont réellement des causes productrices de la chute de la muqueuse? Ne pourrait-on pas les considérer plutôt comme un effet, la formation de la tumeur mettant obstacle au passage des urines? Cette explication serait surtout plausible dans les cas où la tumeur se développant lentement dans l'intérieur du canal ne vient faire saillie au dehors que longtemps après le début des accidents. Il est bon d'ajouter que c'est à ce moment que le chirurgien est consulté, de sorte qu'il est bien difficile de savoir si c'est la dysurie qui a commencé ou si les troubles de la miction ont été consécutifs à l'apparition de la tumeur.

Quoi qu'il en soit, il est rationnel d'admettre que la difficulté d'uriner, quelle qu'en soit la cause, puisse déterminer le glissement de la muqueuse uréthrale par les efforts répétés qu'elle exige de la part de la malade. Ces efforts répétés sont, en effet, pour certains auteurs, une des causes les plus importantes, et Guersant insiste sur l'influence qu'ils exercent chez les petites filles atteintes de coqueluche, de bronchite chronique, etc...

Il nous reste à signaler d'autres causes plus rarement notées et qui peuvent agir efficacement dans la production du prolapsus uréthral.

Boyer admet qu'un calcul longtemps engagé dans le canal peut déterminer le renversement de la muqueuse. Mais outre qu'il est

rare d'observer des calculs engagés dans l'urèthre de la femme, nous faisons remarquer qu'il s'agit là en somme d'une variété de prolapsus symptomatique.

On a invoqué aussi la masturbation au moyen d'un corps introdui dans le canal; de même le coït anormal pratiqué par l'urèthre pourrait, en tiraillant la muqueuse de ce conduit, en provoquer la chute au dehors.

Quant à l'influence des coups portés sur le bas-ventre, elle nous paraît plus que problématique.

Chez une des petites malades de Tavignot, le prolapsus était apparu à la suite d'une chute sur le siège, tel était du moins le renseignement fourni par la famille. Mais on apprit bientôt que cette fillette avait été violée par un homme de 30 ans; et en effet, elle portait aux parties génitales des traces de violence, parmi lesquelles la déchirure de l'hymen.

Y a-t-il entre ces antécédents et l'apparition de la tumeur des rapports de cause à effet? Nous ne saurions l'affirmer.

Le rôle des accouchements n'est pas établi au point de vue qui nous occupe.

(La suite au prochain numéro).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 *décembre* 1888. — *Présidence de* M. HÉRARD.

UN CAS DE SUICIDE AVEC CENT QUARANTE-DEUX BLESSURES CHEZ UNE ALIÉNÉE. — M. *Laugier*. Les médecins aliénistes ont signalé l'acharnement avec lequel certains aliénés se frappent et se mutilent à coup d'instruments tranchants ou contondants et ils expliquent par l'insensibilité physique qui accompagne une violente exaltation mentale les blessures nombreuses et souvent mortelles que se font ces malheureux. M. Laugier cite à ce sujet deux faits très connus dans la science et en rapporte lui-même un plus extraordinaire encore.

Il s'agit d'une femme de soixante-trois ans, connue dans son entourage par la bizarrerie de son caractère et qui, plusieurs fois, avait eu des idées de suicide. Elle fut trouvée morte dans sa chambre sans qu'aucune trace d'effraction ou de lutte indiquât l'intervention d'un meurtrier. L'autopsie faite par M. Laugier montra, en effet, qu'il s'agissait non pas de meurtre, mais de suicide. Il constata sur le cadavre, indépendamment de douze blessures involontaires de la paume de la main droite, cent quarante-deux plaies par instrument aigu et tranchant. Sans doute, cette dame, après avoir

tenté, sans y réussir, de s'ouvrir les artères temporale superficielle droite, crurales droite et gauche, radiales et cubitales droites et gauches, avoir cherché à atteindre le cœur ou les poumons, s'être littéralement lardé l'abdomen à coup de pointes, s'est ouvert l'ombilic par une incision verticale de 8 centimètres, tranchant avec une sorte d'ivresse furieuse les anses intestinales qui apparaissaient au-dessous et elle a mis fin à cette série d'affreuses mutilations en s'enfonçant à trois reprises l'instrument vulnérant dans la gorge.

L'instrument meurtrier était un couteau de cuisine de 26 centimètres de lame.

Transport des blessés. Improvisation de brancards et transformation des voitures de culture et d'industrie. — M. *P. Bouloumié* (de Vittel). Jusqu'à présent, bien qu'il fût indiqué dans les règlements militaires que les voitures de culture et autres seraient réquisitionnées dans certaines circonstances de guerre pour le transport des blessés, il n'était fait mention que d'aménagements permettant de transporter 1 blessé, 2 au plus, par voiture.

Par le procédé de M. Bouloumié, on peut transporter 2 à 6 blessés couchés par voiture ou bien 3 à 7 blessés, les uns couchés, les autres assis. Les conditions du transport sont très bonnes, grâce au système de suspension et aux brancards employés.

Les brancards sont fabriqués et les voitures sont aménagées exclusivement avec ce que l'on trouve partout dans nos régions frontières, dans les villages en particulier.

Le *brancard* se compose : 1° de 2 perches de 2 mèt. 20 de longueur, en bois quelconque, assez solide pour porter chacune 1 homme ; 2° de 2 petits rondins de 0,64 de longueur constituant les traverses d'écartement, fixées par une ficelle à deux travers de main des extrémités des hampes ; 3° d'une toile de 1 mèt. 80 de longueur sur 0,60 de largeur, formée par un ou plusieurs sacs disposés, suivant leurs dimensions, dans le sens de la longueur ou de la largeur ; 4° d'un bottillon servant de traversin. Les sacs sont disposés de manière à laisser entre la face supérieure et la face inférieure du brancard un espace libre qui sera garni de paille pour transformer celui-ci en brancard-paillasse.

Voitures. — A peu près toutes les voitures se prêtent à l'aménagement indiqué par M. Bouloumié. L'élément essentiel de cet aménagement est une corde solide, destinée à former ressort, tendue longitudinalement au milieu de la voiture et maintenue à l'avant et à l'arrière par des rondins de bois quelconque un peu au-dessus du plan de la partie supérieure des ridelles.

Dans la voiture lorraine, on peut ainsi placer 5 blessés dont 4 suspendus et un couché dans le fond. Les brancards supérieurs

sont supportés par des cordes transversales s'attachant aux ridelles en passant par-dessus la corde longitudinale, de manière que l'aire supérieure de la voiture se trouve divisée en 4 rectangles allongés, 2 à l'avant et 2 à l'arrière.

Le brancard placé sur le fond de la voiture repose par ses deux extrémités sur un fagotin.

Le passage de la voiture sur des obstacles donne lieu à des oscillations verticales et horizontales très adoucies et rappelant celles de la voiture à huit ressorts aux hommes placés sur les brancards suspendus.

Dans les voitures dites jardinières ou voitures de bouchers on peut transporter par le même procédé 4 blessés, dont 2 couchés dans le fond et 2 dans le haut.

Les voitures trop étroites pour recevoir 2 blessés de front peuvent être facilement élargies en disposant 2 cordes longitudinales formant ressort et fixant par-dessus 2 traverses assez longues pour donner un appui suffisant aux deux brancards placés côte à côte dans le sens de la longueur.

Ces installations se faisant sans difficulté, sans frais, sans détérioration du matériel employé, sont très rapidement apprises par les Brancardiers que M. Bouloumié organise sous le nom de *Brancardiers de France* dans nos départements frontières.

Du lavage de l'estomac chez les enfants du premier age. — M. *Cornil* lit cette note de la part du Dr Faucher.

Depuis que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie le tube pour le lavage de l'estomac et de montrer les résultats qu'on pouvait obtenir à l'aide de cet instrument dans certaines affections, le procédé que j'avais indiqué est devenu classique. J'ai l'honneur aujourd'hui de communiquer à l'Académie les effets thérapeutiques du lavage de l'estomac chez l'enfant du premier âge, alors que l'intolérance gastrique a résisté à tous les moyens ordinairement mis en usage, et que les jeunes malades sont en imminence de mort par inanition.

Le lavage se fait chez le nouveau-né à peu près comme chez l'adulte, à l'aide d'un tube ou d'un entonnoir de dimensions appropriées. Nous avons fait établir par M. Collin un modèle de cet appareil.

L'enfant est tenu la tête penchée en avant, de façon à permettre l'issue facile des matières qui peuvent refluer dans le pharynx : les bras sont fixés sous une serviette nouée autour du cou. Nous condamnons donc le procédé employé par Ebstein, qui consiste à maintenir l'enfant dans le décubitus dorsal pour pratiquer l'opération.

Si l'on présente l'extrémité du tube à l'orifice buccal, l'enfant fait

des efforts de succion et on profite des mouvements de déglutition pour franchir le pharynx. Lorsque le point de repère marqué sur le tube est arrivé au niveau des lèvres, on fait maintenir le tube par la personne qui tient l'enfant, et on procède au lavage comme chez l'adulte.

Voici en quelques mots l'observation du nourrisson que nous avons l'honneur de présenter à l'Académie.

Cet enfant, du sexe masculin, venu au monde avec toutes les apparences de la vigueur, a commencé à vomir des mucosités et du lait dès les premiers jours qui ont suivi sa naissance : il était allaité par sa mère qui a déjà nourri avec succès un premier enfant.

Le nourrisson criait souvent la nuit : la mère eut le tort, pour le calmer, de lui donner le sein trop souvent, ce qu'elle avait fait du reste sans inconvénient pour son premier enfant. Aussi bientôt l'état s'aggravait, et malgré l'emploi de l'eau de chaux, de l'eau de Vichy, de l'acide lactique, l'intolérance gastrique devenait absolue. Le vingt-septième jour après sa naissance, l'enfant est très amaigri, ridé, le teint terreux, le cri faible, la constipation est opiniâtre : il n'a plus uriné depuis trente-trois heures et vomit à tout instant.

C'est alors que je pratique le premier lavage qui extrait de l'estomac des mucosités et du lait peu caillé en grande abondance : l'opération est répétée trois fois, le premier et le second jour, à intervalles, puis deux fois seulement à partir du troisième jour; les vomissements s'arrêtent aussitôt et il ne survient plus que quelques régurgitations que provoque l'émission de gaz par la bouche. La période digestive, qui durait d'abord plus de quatre heures, se raccourcit graduellement, ce qui permet d'augmenter le nombre des repas ; l'enfant devient plus calme, les garde-robes se régularisent, il dort, le teint s'éclaircit, les rides disparaissent.

Dès que la convalescence s'établit, la mère apprend à pratiquer elle-même le lavage, qu'elle ne fait plus qu'une fois par jour, puis à intervalles de plus en plus grands, jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de quatre mois.

A six mois il pesait 7 k. 750 et depuis ce temps, il peut être considéré comme un modèle de vigueur, d'embonpoint et de bonne humeur.

Aucun médicament n'a été administré à partir du premier lavage.

De la nécrose phosphorée. — *M. Brouardel.* Dans la dernière séance M. Magitot a appelé l'attention sur la nécrose phosphorée à laquelle il attribue une pathogénie unique : la carie pénétrante des dents. M. Brouardel n'est pas compétent sur ce point d'odontologie, mais il n'admet pas l'opinion de son collègue sur la prophylaxie qu'il propose d'employer à la Compagnie. Multipliez les pré-

cautions, augmentez la surveillance, vous vous heurterez à la répugnance des ouvriers pour toutes ces précautions. Les ouvriers bravent toujours avec une certaine forfanterie les dangers auxquels ils sont exposés. Les ouvriers renvoyés des ateliers fabriquent clandestinement des allumettes et l'on n'a plus aucune action sur eux. Un moyen qui offre toute sécurité, c'est la substitution du phosphore rouge au phosphore blanc, ce qui supprime tout danger chez les ouvriers et chez les consommateurs et rend même les causes d'incendie beaucoup moins communes. M. Magitot répond que la substitution du phosphore rouge au phosphore blanc est industriellement impossible, il cite à ce sujet l'exemple de la Suisse où la substitution obligée du phosphore blanc au phosphore rouge n'a duré que treize mois; une loi a dû rapporter celle qui avait été d'abord promulguée. Mais précisément cette expérience n'a duré que treize mois, et d'autre part la même expérience est faite en Allemagne depuis treize ans sans que cette loi ait été rapportée.

M. Brouardel propose donc à l'Académie d'adopter les quatre premières conclusions du rapport fait par Tardieu en 1856.

M. *Magitot*, dans la dernière séance, s'est associé au vœu émis depuis quarante ans, de la substitution du phosphore blanc au phosphore rouge, mais ce vœu fréquemment renouvelé a toujours été platonique. Aussi M. Magitot a-t-il cherché les améliorations que l'on pouvait apporter dans les usines actuelles. L'installation d'une usine peut réaliser d'une manière à peu près complète la suppression des vapeurs phosphorées du lieu où travaillent les ouvriers. On peut obtenir les mêmes résultats au moyen d'une ventilation énergique dans les salles où les ouvrières mettent les allumettes en paquets ou en boîtes.

Dans les usines de Paris, on trouve encore à l'heure actuelle un grand nombre d'ouvriers menacés de nécrose phosphorée. On ne les renvoie pas. Aussi d'un jour à l'autre on trouvera des individus atteints de nécrose, jusqu'au jour où la substitution du phosphore rouge au phosphore blanc sera rigoureusement appliquée ; il faut chercher l'application des règles de l'hygiène qui donneront la suppression des accidents observés jusqu'ici.

M. *Brouardel*. Si le vœu de la substitution du phosphore rouge au phosphore blanc était adoptée, nous serions tous d'accord ; il faut perfectionner le règlement, mais il ne faut jamais compter sur les ouvriers quand il y aura quelques précautions à prendre.

M. *Le Fort* demande que l'Académie par un procédé quelconque soit admise à voter sur les conclusions proposées par Tardieu.

M. *Verneuil* pense qu'il ne faut avoir qu'une solution et choisir la

meilleure. Il propose par suite la substitution du phosphore rouge au phosphore blanc.

M. *Trélat* propose que l'Académie émette un vœu en faveur de la substitution du phosphore rouge au phosphore blanc, puisque ce phosphore existe, qu'il est dans le commerce et que beaucoup de personnes s'en servent journellement.

M. *Larrey*. Dans l'armée le phosphore rouge est seul employé.

M. *Lefort* propose cette conclusion :

L'Académie demande la substitution du phosphore rouge au phosphore blanc dans la fabrication des allumettes.

Cette conclusion, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

M. *le Président* rappelle que le jour de Noël et le 1er janvier tombent un mardi. Il propose de supprimer l'une de ces deux séances et de reporter l'autre par exemple au 2 janvier.

Sur la proposition de M. le Fort la séance de Noël est reportée au 26 décembre et la séance du 1er janvier est supprimée.

Eaux minérales. — M. *Robin* continue la lecture de son rapport sur l'exercice des eaux minérales pendant l'année 1886.

La séance est levée à 5 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 10 au 15 décembre 1888.

Lundi 10. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Straus, Kirmisson, Reynier. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Hanriot, Landouzy. — 2e examen, officiat de santé, définitif : MM. Potain, A. Robin, Jalaguier. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Guyon, Bouilly, Ribemont-Dessaignes. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Damaschino, Brissaud, Chauffard.

Mardi 11. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Panas, Campenon, Quinquaud. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ball, Mathias-Duval, Quénu. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. G. Sée, Dieulafoy, Troisier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Le Fort, Schwartz, Maygrier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Laboulbène, Cornil, Hanot. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Tarnier, Berger, Brun. — 4e examen, doctorat : MM. Bouchard, Raymond, Ballet.

Mercredi 12. — Médecine opératoire : MM. Trélat, Farabeuf. Epreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Kirmisson, Segond, Reynier. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Guyon, Bouilly, Ribemont-Dessaignes. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Potain, Hayem, Chauffard.

Jeudi 13. — 4e examen, doctorat : MM. G. Sée, Raymond, Troisier.

Vendredi 14. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Ch. Richet, Strauss, Reynier. — 4e examen, doctorat : MM. Damaschino, A. Robin, Brissaud. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Trélat, Bouilly, Segond. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (2e série) : MM. Guyon, Budin, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Potain, Fournier, Déjerine.

Samedi 15. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Duplay, Tarnier, Campenon. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Lancereaux, Ballet. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Panas, Peyrot, Brun. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (3e série : MM. Le Fort, Berger, Maygrier.

NOUVELLES

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Concours de la médaille d'or.* — L'épreuve orale du concours des médailles d'or a commencé lundi 3 décembre. Les sujets à traiter étaient : Médecine : Hémorragies de la fièvre typhoïde. Chirurgie : Tumeurs érectiles.

LES MÉDECINS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Dans la séance du 21 novembre du Conseil municipal de Paris, M. Georges Berry, au nom de la cinquième commission, a proposé le projet de vœu suivant :

« Le conseil,

« Emet le vœu :

« Que le décret relatif au recrutement des médecins du bureau de bienfaisance par le concours soit rapporté.

« Article premier. — Les médecins des bureaux de bienfaisance seront recrutés parmi tous les médecins qui s'inscriront aux mairies pour soigner les indigents.

« Art. 2. — Le malade indigent pourra faire appeler le médecin de son choix dans la liste qui sera affichée dans les mairies.

« Art. 3. — Les émoluments alloués actuellement aux médecins des bureaux de bienfaisance de chaque arrondissement seront réunis en une somme unique qui sera distribuée aux médecins du bureau de bienfaisance au prorata du nombre des visites faites à domicile.

« Art. 4. — Les honoraires des médecins des bureaux de bienfaisance étant insuffisants pour assurer un service régulier, et la population des indigents devenant plus grande, il y a lieu d'attribuer à chaque arrondissement un supplément d'honoraires à déterminer dans une large mesure.

Ce projet a été soutenu par les Drs Dubois et Navarre. Le Dr Chautemps l'a combattu au contraire avec beaucoup de vigueur et de bon sens. La discussion reprendra lorsque le rapport de M. Berry aura été imprimé et distribué.

NOMINATION DU COMITÉ D'ORGANISATION DU CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Par arrêté en date du 12 novembre 1888, le

ministre du Commerce et de l'Industrie, commissaire général de l'Exposition universelle de 1889, a nommé membres du Comité d'organisation du Congrès international de l'Assistance publique :

MM. d'Arenberg (le prince). — Bourneville, député. — Chautemps, membre du Conseil municipal, secrétaire de la 3e section du Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Criseney (de), ancien directeur de l'Administration départementale et communale. — Dreyfus Brisac, secrétaire de la 2e section du Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Drouineau, inspecteur général de l'Assistance publique. — Gaufrès, membre du Conseil municipal. — Gerville-Réache, député, secrétaire de la 1re section du Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Jeanson, inspecteur général de l'Assistance publique. — Le Fort, président du Conseil des inspecteurs généraux de l'Assistance publique. — Le Roy (P.-A.), membre de la Société de statistique. — Martin (A.-J), secrétaire général du Conseil général de l'Assistance publique. — Maze, sénateur, président de la 4e section du Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Monod, directeur de l'Assistance publique de France. — Muteau, attaché au secrétariat du Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Napias, inspecteur général de l'Assistance publique. — Peyron, directeur de l'Assistance publique de Paris. — Pichon, député. — Regnard, inspecteur général de l'Assistance publique. — Rochard, inspecteur général honoraire des services de santé de la marine, président de la 2e section du Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Rollet, avocat à la Cour de Paris. — Roussel (Th.), sénateur, vice-président du Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Rousselle, membre du Conseil municipal. — Siegfried, député. — Simon (Jules), sénateur, président de la 1re section du Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Strauss (Paul), membre du Conseil municipal, secrétaire de la 4e section du Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Tessier Du Cros, secrétaire adjoint du Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Thulié, ancien président du Conseil municipal de Paris. — Tolain, sénateur, président de la 3e section du Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Trélat (U), vice-président de la 2e section du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3


CONSTIPATION
HABITUELLE
le meilleur
curatif
est le
CASCARA MIDY
113
Faubourg St Honoré
PARIS
Env. Franco
Echantillons
et toutes
Pharmacies
GORGE, LARYNX, BOUCHE
contre ces Affections
employez
LA
COCAINE MIDY
3 f.

…NTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 144. SAMEDI 8 DÉCEMBRE 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
…ROSNIER et BABÉ
Place
… l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

…dresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 15, rue de Castellane.
…s ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

auteurs, cette affection se rencontrerait presque exclusivement chez les petites filles.

Or, nous trouvons plusieurs observations dans lesquelles les malades avaient 20, 38, 46 ans, etc. Malgo, Courty, Seguin, ont observé le prolapsus sur des dames ou des femmes, c'est-à-dire que leurs malades avaient au moins 20 ou 25 ans; la malade de Colombat était âgée de 20 ans; Streubel cite trois cas de prolapsus chez des femmes de 38 à 56 ans; Blum en a observé un cas chez une femme de 46 ans.

Rappelons enfin que la première observation de Morgagni se rapporte à une vieille femme.

Il n'en est pas moins vrai que le jeune âge constitue une des causes prédisposantes les plus efficaces.

L'état de faiblesse générale a été noté avec soin par Guersant et Tavignot comme un des facteurs les plus importants; presque toujours, en effet, ils avaient eu affaire à des petites filles débilitées par une maladie aiguë ou chronique (tuberculose) et présentant un état de cachexie assez prononcée.

La dilatation plus ou moins marquée du canal, une dysurie durant depuis un certain temps avant l'apparition de la tumeur, ce sont là encore des causes qui ont été invoquées par plusieurs auteurs. Mais, sait-on si cette dilatation et cette dysurie sont réellement des causes productrices de la chute de la muqueuse? Ne pourrait-on pas les considérer plutôt comme un effet, la formation de la tumeur mettant obstacle au passage des urines? Cette explication serait surtout plausible dans les cas où la tumeur se développant lentement dans l'intérieur du canal ne vient faire saillie au dehors que longtemps après le début des accidents. Il est bon d'ajouter que c'est à ce moment que le chirurgien est consulté, de sorte qu'il est bien difficile de savoir si c'est la dysurie qui a commencé ou si les troubles de la miction ont été consécutifs à l'apparition de la tumeur.

Quoi qu'il en soit, il est rationnel d'admettre que la difficulté d'uriner, quelle qu'en soit la cause, puisse déterminer le glissement de la muqueuse uréthrale par les efforts répétés qu'elle exige de la part de la malade. Ces efforts répétés sont, en effet, pour certains auteurs, une des causes les plus importantes, et Guersant insiste sur l'influence qu'ils exercent chez les petites filles atteintes de coqueluche, de bronchite chronique, etc...

Il nous reste à signaler d'autres causes plus rarement notées et qui peuvent agir efficacement dans la production du prolapsus uréthral.

Boyer admet qu'un calcul longtemps engagé dans le canal peut déterminer le renversement de la muqueuse. Mais outre qu'il est

35e Année. — Tome II. N° 144 Samedi 8 Décembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Du prolapsus de la muqueuse de l'urèthre par l'orifice du méat chez la femme,

Par M. Francis Villar.
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Aide d'anatomie à la Faculté de médecine.

(*Suite et fin*) (1).

En résumé, relâchement de la muqueuse dû à une idiosyncrasie ou à un état de faiblesse générale, efforts répétés, tels sont les deux grands facteurs qui semblent se dégager nettement de notre étude étiologique.

Symptômes. — Le renversement de la muqueuse uréthrale, dit Blum, survient lentement, mais le plus souvent il se forme d'une manière brusque à la suite d'efforts. A notre avis, cette division est un peu trop artificielle, car, ainsi que nous l'avons déjà dit, il est à peu près impossible de savoir quand et comment a débuté le prolapsus; lorsque le chirurgien est appelé à examiner les malades, la tumeur existe déjà depuis un certain temps ou a même passé inaperçue ; c'est donc à la période d'état que nous devons l'étudier.

En écartant les grandes et les petites lèvres, on aperçoit au niveau du méat une tumeur d'aspect charnu, rappelant quelquefois les caractères de la muqueuse normale, tumeur allongée, cylindrique, plus volumineuse à son extrémité libre. Sa longueur et son volume sont variables et augmentent sous l'influence des efforts ; une noisette, telle est la comparaison le plus souvent employée ; dans quelques cas elle remplit une partie de la vulve, d'où le nom de hernie muqueuse uréthro-vulvaire proposée par Tavignot.

Sa couleur est d'un rouge plus ou moins foncé ; sa surface est lisse, comme veloutée, quelquefois saignante.

Le toucher donne une sensation analogue à celle que donnerait

(1) Voir *France médicale* n. 142 et 143.

un corps charnu et ne peut être pratiquée sans éveiller une douleur assez vive.

Procédant à un examen minutieux, on constate que la muqueuse qui recouvre cette tumeur se continue à son extrémité adhérente avec la muqueuse du vestibule et de la colonne antérieure du vagin, de sorte que l'orifice circulaire du méat se trouve supprimé. Il s'ensuit qu'un stylet promené autour de la tumeur ne peut pénétrer entre celle-ci et le canal de l'urèthre, car il bute de tous côtés, arrêté par la muqueuse vulvaire, sauf en bas où il pénètre dans le vagin.

L'extrémité libre de la tumeur présente en son centre et souvent caché au milieu des replis de la muqueuse, un orifice, une fente transversale à travers laquelle on peut faire pénétrer une sonde qui laisse aussitôt couler de l'urine, preuve qu'elle pénètre dans la vessie.

Le plus souvent la tumeur se réduit avec facilité, quelquefois même spontanément, mais d'autres fois, à une certaine période, elle paraît comme étranglée à sa base et sa réduction offrirait des difficultés.

Par sa présence, la tumeur est capable de déterminer un certain degré d'inflammation de la vulve qui peut porter les enfants à se livrer à des attouchements par suite de la démangeaison provoquée par la vulvite.

Parfois le prolapsus ne s'accompagne d'aucun trouble du côté de la miction; mais souvent aussi la malade éprouve de fréquentes envies d'uriner et l'urine en passant sur des parties quelquefois excoriées détermine de vives douleurs.

Lorsque la tumeur est d'une certaine longueur, dit Patron, on la voit se gonfler pendant la miction comme si on l'injectait et l'urine couler lors même que tout besoin a cessé; ce phénomène peut s'expliquer par une sorte de rétention d'urine dans le canal derrière la tumeur.

Le même auteur ajoute que le prolapsus uréthral donne lieu quelquefois à une gêne assez grande et peut parfois rendre la déambulation pénible, phénomène qu'il a pu constater chez une de ses malades et qui n'avait pas été signalé avant lui. Cependant, dit encore Patron, si on parcourt attentivement l'observation de la vieille femme dont parle Morgagni, on constate que ce phénomène existait également et que cette claudication était due à la même cause, c'est-à-dire au prolapsus uréthral. En effet, l'examen cadavérique ne fit découvrir ni dans l'articulation de la hanche, ni ailleurs, aucune lésion pouvant l'expliquer.

Nous ne faisons que signaler cette remarque de Patron, qui est à notre avis un peu forcée.

Dans quelques cas, la procidence de la muqueuse uréthrale s'ac-

compagnait de prolapsus du rectum, du vagin et de la matrice : rappelons à ce propos l'observation de Colombat où il est dit que tous les organes de la génération étaient dans un état de relâchement très manifeste et celle de Rizzoli qui démontre la coexistence du prolapsus uréthral, vaginal et rectal.

Abandonnée à elle-même, la tumeur augmente de volume, s'excorie, détermine une inflammation des parties voisines, et peut en outre subir une sorte d'étranglement qui provoque la gangrène d'une partie de la tumeur; dans ces cas, la douleur en urinant et la dysurie surviennent, même quand elles manquaient auparavant; dans ces cas survient une fièvre plus ou moins intense pouvant même s'accompagner de vomissements : (cas de Seguin) c'est là une complication exceptionnelle que nous nous contentons de signaler.

Traitement. — Le traitement du prolapsus uréthral varie suivant le degré et la durée de l'affection.

Au début, alors que le prolapsus est peu accentué, il faut tenter la réduction et avoir recours aux applications astringentes, aux ablutions froides, au cathétérisme répété, ou à la sonde à demeure, aux cautérisations, aux injections caustiques ou astringentes, moyens qui ont quelquefois donné de bons résultats.

Si le prolapsus est plus étendu, si les moyens que nous venons d'indiquer sont insuffisants, le chirurgien a le choix entre trois méthodes opératoires qui sont : l'excision des parties prolabées, la ligature de la tumeur sur une sonde préablement introduite dans l'urèthre et la double ligature.

L'excision simple, plusieurs fois employée, a donné d'excellents résultats. Le manuel opératoire est fort simple : la tumeur est attirée avec des pinces à griffes et sectionnée à sa base avec des ciseaux courbes sur le plat. Certains chirurgiens préfèrent pratiquer des incisions insuffisantes en laissant entre elles des ponts de muqueuse saine pour éviter le rétrécissement consécutif ; disons de suite que ce rétrécissement n'a pas été signalé à la suite de l'excision de la muqueuse herniée.

Certains chirurgiens ne se contentant pas de l'excision simple lui ont combiné la cautérisation.

La ligature de la muqueuse prolabée sur une sonde introduite dans l'urèthre a donné un résultat favorable et très rapide à Seguin ; la tumeur se détacha le quatrième jour et le huitième jour la malade était complètement guérie.

Quant à la double ligature elle a été pratiquée par Gaillard Thomas et par MM. Morand et Richard : ajoutons que Tavignot avait déjà indiqué ce procédé. Voici ce que dit Gaillard Thomas au sujet de la double ligature : « Dans un cas j'attirai enba le tissu renversé,

je passai une double ligature de soie à travers sa base et je liai les deux portions ; la guérison fut complète. »

Cependant, ajoute ce gynécologiste, il est préférable d'enserrer avec le fil galvano-caustique la muqueuse tirée en bas. On pourra laisser une sonde dans la vessie pendant quelques jours, si cela est nécessaire.

II. — *Hernie de la vessie à travers l'urèthre.*

Nous ne signalons cette singulière affection que pour être à même de faire une étude complète du diagnostic du prolapsus de la muqueuse uréthrale.

Hoin, dans son Essai sur les hernies, nous dit que la vessie des femmes se renverse en trois manières : 1° Quand toutes les tuniques de son corps se retournent et sortent par l'urèthre ; 2° Quand la seule tunique interne du corps de la vessie est portée au dehors par la même route ; 3° Quand il n'y a que la tunique interne du col de ce viscère qui a forcé le méat à lui donner passage.

Noël (1), Hoin (2), Solingen (3), Percy (4), ont rapporté des faits de ce genre : mais il faut reconnaître que leurs observations manquent de détails précis.

Boyer (5) signale le renversement de la membrane interne de la vessie et rapporte les observations de Noël et Percy.

Patron (6) consacre une partie de son Mémoire des Archives à l'étude du renversement de la muqueuse vésicale et rapporte une observation personnelle très détaillée.

Rizzoli, Blum, dans leurs Mémoires, parlent de la hernie ou chute de la vessie à travers l'urèthre et citent les observations de Malagodi (7), Tirzoni (8), Beatty, Cross, M. Clintock.

Enfin, Garnier dans sa thèse de doctorat fait le diagnostic des tumeurs de l'urèthre avec le renversement de la vessie et cite plusieurs des noms que nous avons indiqués.

Nous ne chercherons pas à démontrer ici la possibilité du renversement de la muqueuse vésicale à travers l'urèthre, ce qui nous paraît difficile, ou du moins exceptionnel, ni à exposer les théories émises pour expliquer ce renversement ; le lecteur désireux d'être

(1) Noël. Mémoires de l'Acad. roy. de chirurg., t. IV, p. 17.
(2). Hoin. Loc. cit.
(3) Solingen. Idem.
(4) Percy. In Boyer et Chopart.
(5) Boyer de Sauvages. Méthod. morb., t. I, p. 184, édit. Amsterdam, 1768.
(6) Patron. Loc. cit., p. 639.
(7) Malagodi. Raccoglitore medico di Fano, 1885.
(8) Tirzoni. Gaz. med. di Lombardia, 1855.

édifié sur ce point, pourra se reporter au mémoire de Patron. Disons cependant que peut-être dans quelques cas, le chirurgien a eu tout simplement affaire à des polypes de la vessie, engagés dans l'urèthre.

Tavignot fait remarquer que la hernie de la muqueuse de la vessie est une affection dont il n'a peut-être existé des exemples que dans les livres.

Quoi qu'il en soit, passons rapidement en revue les signes attribués par Patron au prolapsus de la vessie à travers le canal urinaire.

L'affection débute par une difficulté plus ou moins grande d'uriner; plus tard le jet cesse d'être continu, s'interrompt à plusieurs reprises, pour couler de nouveau quelques instants après; la malade éprouve des douleurs aux lombes, surtout pendant la marche. Au bout de quelques mois ou même de quelques années survient un nouveau signe, c'est la présence d'une tumeur entre les grandes lèvres.

Cette tumeur du volume d'une noisette, de forme globulaire, est rouge, légèrement villeuse, demi-transparente, lisse et sans la moindre trace d'orifice central, comme cela se voit dans le prolapsus uréthral. Elle est à peine sensible au toucher, ce qui permet à la malade de la réduire elle-même avec d'autant plus de facilité qu'elle est restée moins de temps dehors.

Signe important à noter, la portion herniée est entourée complètement par le canal de l'urèthre, de sorte que l'on peut introduire une sonde entre celui-ci et la tumeur; cette sonde ainsi introduite, permet de constater que la tumeur tient à la vessie, car l'instrument pénètre à une certaine profondeur en parcourant librement l'espace limité par les parois du canal et la tumeur elle-même. Si avec la sonde on repousse la portion herniée on ne tarde pas à arriver dans la vessie comme dans les cas ordinaires.

Diagnostic du prolapsus uréthral. — Muni de ces renseignements, nous pouvons aborder la question du diagnostic du prolapsus de la muqueuse de l'urèthre.

Signalons d'abord deux erreurs de diagnostic qu'il est facile d'éviter.

Chez la malade de Ségain, un médecin avait pensé à l'existence d'une hernie étranglée à cause des vomissements et de l'état général; l'examen de la malade fit voir à Ségnin qu'il s'agissait d'un prolapsus en partie sphacélé.

Dans une des observations de Tavignot, l'ouverture centrale de la tumeur avait été prise pour l'orifice de l'utérus et on avait diagnostiqué un prolapsus de cet organe : il va sans dire que rien n'est plus aisé que d'éviter cette erreur.

Le diagnostic du prolapsus de la muqueuse de l'urèthre doit se faire avec toutes les tumeurs de la région, tumeurs avoisinant l'ori-

fice du méat ou péri-uréthrales et tumeurs du méat lui-même et du canal ou tumeurs uréthrales proprement dites.

Des premières nous ne dirons rien : il est toujours facile de reconnaître par l'examen direct les kystes siégeant dans le voisinage du méat, l'uréthrocèle vaginale de la partie antérieure du canal, les végétations vulvaires qui peuvent par leur nombre masquer l'entrée de l'urèthre.

Le diagnostic se trouve principalement restreint entre le prolapsus et les tumeurs uréthrales. Parmi celles-ci il en est dont le diagnostic est des plus simples : tels sont les polypes papillaires ou muqueux, les tumeurs vasculaires, les fibromes et fibromyômes (qui sont du reste assez rares). Pour ces différentes tumeurs, le siège, la forme, l'aspect et la coloration imposeront le diagnostic : il faut se rappeler surtout que ces tumeurs sont situées au centre du méat et qu'un stylet peut les contourner dans la plus grande partie de leur étendue, en glissant entre elles et les parois du canal ; ce sont des tumeurs plus ou moins limitées, tandis que le prolapsus est représenté par une tumeur diffuse occupant la totalité du méat, se continuant même avec cet orifice par sa base, et percée d'une ouverture centrale.

L'épithélioma de l'urèthre se reconnaîtra aussi facilement (1).

L'hypertrophie (2) de la muqueuse uréthrale pourrait induire en erreur : mais, outre que cette affection attaque d'abord la partie postérieure du méat affectant ainsi au début la forme d'un croissant, à concavité supérieure, elle présente encore un caractère important, l'irréductibilité qui se voit rarement dans les cas de prolapsus ; si cependant le prolapsus était irréductible, il serait alors difficile de le distinguer de l'hypertrophie de la muqueuse, car dans les deux cas, on a affaire à une tumeur muqueuse percée d'un orifice central qui n'est autre que le méat.

Dans certains cas, l'hypertrophie est limitée à cette saillie, que A. Guérin (3) a désignée sous le nom de verumontanum de la femme ; le diagnostic en est facile.

Nous n'avons plus qu'à faire le diagnostic du prolapsus de la muqueuse uréthrale avec l'affection désignée sous le nom de hernie de la vessie à travers l'urèthre. Les caractères que nous avons précé-

(1) Lahaye. Du cancer primitif du vestibule de la vulve. Thèse Paris, 1888, p. 23.

(2) Verneuil. Hypertrophie de la muqueuse de l'urèthre dans sa totalité ou au moins dans une grande partie de son étendue, simulant un prolapsus. (Soc. de biolog.) In thèse Garnier, p. 12.

(3) A. Guérin. Maladies des organes génit. ext. de la femme, 1864.

demment indiqués comme appartenant à l'une ou à l'autre de ces affections nous dispenseront de nous étendre longuement sur ce point : le prolapsus uréthral forme une tumeur qui fait pour ainsi dire partie du méat, de sorte qu'il est impossible d'introduire un stylet entre elle et le méat lui-même ; en outre, au centre de la tumeur se trouve un orifice, l'orifice du canal.

Au contraire, la tumeur vésicale, et ce mot est pris ici dans son sens le plus large, qu'il s'agisse de hernie vésicale ou d'une tumeur de cet organe, ayant fait irruption dans l'urèthre (1), une tumeur vésicale, dis-je, sera libre dans l'intérieur du canal, elle ne présentera pas d'orifice central, ce qui, pour Burns (2), constitue le signe pathognomonique de l'affection, le stylet engagé entre la tumeur et les parois du canal s'enfoncera profondément ; enfin, il y aura de la rétention d'urine.

En résumé, le diagnostic du prolapsus uréthral se fait par la vue qui révèle l'existence d'un orifice au centre de la tumeur, par le toucher qui en dénote la réductibilité et par le stylet qui permet de reconnaître les rapports de cette tumeur avec l'orifice du méat et les parois du canal de l'urèthre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 *décembre* 1888. — *Présidence de* M. POLAILLON.

A propos du procès-verbal, M. *Terrier* revient sur l'interprétation qu'il a donnée aux chiffres des opérations d'amputation partielle de l'utérus pratiquées par M. Verneuil, et le professeur de la Pitié termine la discussion en disant de nouveau qu'il ne réclame qu'une chose, c'est qu'on cite intégralement ses chiffres.

SALPINGITE ; PATHOGÉNIE et TRAITEMENT. — M. *Lucas-Championnière* reprend la question présentée par M. Routier et tient à mettre en lumière deux points principaux qui font pour lui le fond de la discussion sur la salpingite : d'abord la pathogénie des lésions de l'ovaire et des parties voisines, ensuite la thérapeutique opératoire.

D'abord, la dénomination de salpingite consacre une erreur, puisque la lésion de la trompe est rarement isolée et qu'elle se lie à des altérations de l'ovaire, du péritoine et du tissu cellulaire voisin. Ensuite la théorie qui consiste à faire partir l'infection de l'utérus pour faire le microbe arriver à la trompe et dans le péritoine est analogue à la théorie soutenue autrefois par Jules Guérin pour l'in-

(1) Birkett. Med. clin. trans., t. XXXXI.
(2) Burns. Loc. cit,

fection puerpérale ; elle est enfantine par sa simplicité même et est ruinée par ce fait de l'intégrité presque constante de la partie de la trompe qui s'abouche dans l'angle de l'utérus.

Pour M. Lucas Championnière, ce sont les lymphatiques qui sont les seuls agents de la transmission dans la septicémie puerpérale comme dans l'inflammation des annexes. Ils sont toujours pris dans toutes les formes de salpingite, et transportent l'élément infectieux soit aux trompes, soit aux ovaires, soit au péritoine et au tissu cellulaire qui le double. Il existe en effet un phlegmon péri-utérin, lésion distincte des maladies des annexes. M. Routier a confondu ces deux affections dans sa dernière communication, mais à tort, car il ne faut pas faire comme M. Bernutz qui les a rangées sous le nom de pelvi-péritonite et cela d'après le témoignage d'une seule autopsie.

Au début en effet, on trouve des indurations dans le petit bassin, c'est du phlegmon péri-utérin appelé encore cellulite pelvienne ou pelvi-péritonite. Plus tard, quand l'affection a marché, on trouve au palper de véritables tumeurs constituées par le paquet des annexes et qui bientôt constitueront toute la maladie quand le phlegmon aura disparu.

Ces tumeurs des annexes ont une anatomie pathologique bien différente. Ce sont tantôt de petits foyers de suppuration, tantôt de petits kystes, tantôt des petites collections hématiques, quelquefois de simples adhérences ou de l'œdème des parties et cependant toutes ces lésions s'appellent des salpingites.

Le diagnostic est très délicat, même presque impossible au point de vue de la localisation sur la trompe, l'ovaire, les deux ensemble. En Allemagne, on le fait sous le chloroforme ; mais c'est donner un ennui de plus au malade pour arriver à un résultat qui n'est pas meilleur que celui du palper abdominal simple combiné avec le toucher rectal et le toucher vaginal.

La nature de l'opération doit être discutée, l'ablation des annexes devra être rarement unilatérale. L'opération n'est du reste pas grave surtout chez les sujets jeunes et sur 26 opérations pratiquées par M. Championnière, une fois seulement la mort est arrivée. On a objecté à cette opération, la stérilité qu'elle amenait forcément à sa suite, mais les ovaires qu'on enlève sont par leur lésion même absolument stériles et de plus les douleurs supportées par les malades sont tellement intolérables que la vie devient pour elles un véritable supplice.

La mort enregistrée par M. Championnière n'est pas due à des accidents septiques, mais à des accidents réflexes ; mais elle montre que l'opération, quoi qu'en dise M. Routier, fait cependant courir des dangers au malade.

Faut-il, comme le fait Lawson Tait, ne pas se préoccuper pour l'intervention du flux menstruel? M. Championnière n'est pas de cet avis.

Enfin, au point de vue de la médecine opératoire, deux questions principales se posent.

Faut-il nettoyer l'utérus, foyer d'infection pour quelques chirurgiens? M. Championnière ne l'a jamais fait et n'a jamais eu de complications septiques. Faut-il faire le drainage? M. Championnière n'a jamais placé un drain et ne s'en est pas mal trouvé.

Rétroflexion irréductible. — Ventrofixation. — M. *Pozzi* fait un rapport sur ce sujet à l'occasion d'une observation de M. Picqué. Il s'agit d'une femme de 32 ans, atteinte de rétroflexion et traitée d'abord par le redresseur du professeur Trélat. Les manœuvres de réduction ayant amené un peu d'inflammation péri-utérine, la malade sortit pendant quelques jours et à sa rentrée dans le service, M. Picqué qui remplaçait M. Pozzi, constata le retour de la rétroflexion, de l'empâtement dans le petit bassin. L'opération d'Alexander jugée insuffisante, fut remplacée par la ventrofixation. Laparotomie de 7 centimètres, mobilisation de l'utérus adhérent au rectum, ablation de la trompe gauche malade et hystéropexie par le procédé de Saënger. Suites opératoires simples ; la malade fut revue plus tard, l'utérus était resté fixé en antéversion.

M. Picqué, dans son observation, se demande si les tentatives de redressement n'ont pas amené la pyosalpingite qui nécessita l'ablation de la trompe. Il est probable, répond M. Pozzi, que le traumatisme causé par l'instrument a pu déterminer cette lésion, malgré toutes les précautions antiseptiques. Le rapporteur ajoute que la ventrofixation est une opération qui doit se faire aujourd'hui dans les cas de déplacements irréductibles de l'utérus et rappelle à ce propos que la première opération de ce genre a été faite par Kœberlé. Puis viennent les noms de Schrœder, de Lawson Tait, de Cserny, d'Olshauzen, de Léopold T...

M. Pozzi fait un historique complet de la question et des procédés employés par les différents chirurgiens. Il établit ensuite les indications de l'opération et sa gravité. Il n'y a pas encore eu de cas de mort et les résultats paraissent durables (14 mars, cas de Léopold).

Quelles seront les conséquences d'une grossesse après la ventrofixation?

Quel fil faut-il employer? Telles sont les questions que discute le rapporteur qui pense que l'hystéropexie doit être réservée aux cas dans lesquels les pessaires sont impuissants et dans le prolapsus quand l'utérus est hypertrophié sans rectocèle et cystocèle concomitantes.

BIBLIOGRAPHIE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ARTHRITE RHUMATOIDE, par *Archibald E. Garrod, M. A., M. D.*

Les auteurs qui ont soutenu l'existence d'une relation entre l'arthrite rhumatoïde, ou l'arthrite déformante avec une lésion du système central ont invoqué quatre sortes d'arguments : les caractères de la maladie, ses causes, la distribution des lésions et l'absence de complications viscérales ; 2° des troubles nerveux associés à la maladie, tels que des altérations des muscles, des os et de la peau, l'exagération des réflexes tendineux, l'existence de migraine et de palpitations ; 3° les résultats du traitement, surtout ceux qu'on obtient pas l'électricité ; 4° l'analogie des lésions de l'arthrite rhumatismale avec celles d'autres affections articulaires d'une origine nerveuse plus certaine.

M. Archibald Garrod a examiné sous ce point de vue 500 cas d'arthrite rhumatoïde et a fait ressortir les points suivants dans un mémoire lu à la *Royal Médical and Chirurgical society :* 1° les causes de l'arthrite rhumatoïde sont celle-même qui dans l'opinion générale, agissent sur le système nerveux ; 2° la distribution des lésions articulaires est la même que celle qui résulterait des lésions nerveuses ; 3° la distribution des lésions est semblable à celle de certaines arthropathies d'origine spinale.

L'hérédité cependant entre en jeu mais comme condition prédisposante ; elle a été relevée dans 216 cas ; dans 86 cas il y avait des antécédents goutteux dans la famille, dans 64 cas on notait l'influence rhumatismale, et celle de l'arthrite rhumatoïde dans 84 cas. L'arthritisme joue donc certainement un rôle dans l'étiologie de l'arthrite rhumatoïde. En ce qui concerne l'influence de l'âge on trouve que la maladie s'accroît en fréquence chez la femme jusqu'à la période de la ménopause pour diminuer dans la suite : chez l'homme, bien que le nombre des cas augmente avec l'âge dans une plus faible proportion que chez la femme, la progression est beaucoup moins régulière. L'arthrite rhumatoïde existait 89 fois chez l'homme et 411 fois chez la femme qui est ainsi beaucoup plus souvent atteinte que l'homme.

Les causes les plus variées peuvent donner lieu à l'arthrite rhumatoïde, les plus communes sont les émotions subites, l'humidité, le froid, les lésions utérines et les traumatismes articulaires ; ces causes ont tout leur effet chez ceux qui sont prédisposés par l'hérédité.

L'anatomie pathologique plaide en faveur d'un trouble du système nerveux central, car les lésions sont disposées avec une remarquable symétrie, elles tendent aussi à progresser de la périphérie au centre.

L'aspect clinique de la maladie parle dans le même sens ; on observe habituellement de l'atrophie musculaire, l'exagération des réflexes et des dystrophies cutanées, mais ces derniers symptômes paraissent être secondaires aux lésions articulaires.

L. JUMON.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses pour le doctorat. — *Mercredi* 12, à 1 heure. — M. HUGUET : De la valeur thérapeutique des injections de sublimé dans le traitement de la blennorrhagie et des bases du traitement rationnel de cette affection. *Président* : M. Straus. — Mlle SCHULTZE : La femme médecin au XIXe siècle. *Président* : M. Straus. — M. SERIEUX : Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel. *Président* : M. Charcot. — M. TER-ZAKHARIANTZ : Étude physiologique et thérapeutique de l'Eschaltzia California. *Président* : M. Damaschino. — M. BRIEND : Du traitement de la syphilis par les injections d'huile grise (Oleum cinereum). *Président* : M. Fournier.

Jeudi 13, à 1 heure. — M. SCHRŒDER : Des métrorrhagies dans les premiers mois de la grossesse. *Président* : M. Proust. — M. PLICHON : Tuberculose des lèvres. *Président* : M. Proust. — M. ROORYCK : Du béribéri à forme paralytique. *Président* : M. Proust. — M. FOURIAUX : Contribution à l'étude de la bronchite du sommet dans la dothiénentérie. *Président* : M. Jaccoud. — M. MILLARD : Des œdèmes dans la maladie de Basedow. *Président* : M. Dieulafoy. — M. BIELAWSKI : De l'hydrothérapie dans ses rapports avec le traitement des dermatoses. *Président* : M. Dieulafoy. — M. TEXIER : De la trépanation par évulsion. *Président* : M. Duplay. — M. VILCOQ : Fractures intra-utérines. *Président* M. Tarnier. — M. LEUDET : Essai sur le rétrécissement tricuspide. *Président* : M. Peter. — M. BERTIN : Des adénopathies cervicales et de la douleur du phrénique et du pneumogastrique comme signe du cancer de l'estomac. *Président* : M. Peter. — M. BECIGNEUL : De la dissection du cerveau. *Président* : M. Mathias-Duval.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours sur la liberté de conscience.* — Me Agnellet, notaire à Paris, 38, rue Saint-Georges, a reçu d'un donateur anonyme une somme de quinze mille francs, destinée à récompenser le meilleur ouvrage ayant pour objet de faire sentir et reconnaître la nécessité d'établir de plus en plus la liberté de conscience dans les institutions et dans les mœurs.

Ce concours étant à l'occasion du Centenaire de 1789, les manuscrits devront être déposés chez Me Agnellet avant le 31 mars 1889.

Le jugement sera rendu le 1er juillet 1889, au plus tard, par un jury qui a été constitué ainsi qu'il suit :

MM. Jules Simon, sénateur, membre de l'Académie française, Président; Franck, membre de l'Institut, professeur honoraire au Collège de France; Paul Janet, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des lettres de Paris; Levasseur, membre de l'Institut, professeur au Collège de France; Foncin, inspecteur général de l'Université; Raoul Frary, publiciste; Carrau, professeur adjoint à la Faculté des lettres de Paris, Secrétaire.

Le prix pourra être partagé; mais la récompense attribuée à l'ouvrage jugé le meilleur ne descendra pas au-dessous de 10,000 francs.

Chaque concurrent sera libre de choisir la forme qu'il jugera la meilleure pour faire valoir ses idées et agir sur l'esprit public. — Le roman même n'est pas exclu. On recommande aux concurrents, dans l'intérêt même de la cause qu'ils veulent servir, de faire en sorte que leur ouvrage, tout en offrant un réel intérêt aux esprits cultivés, soit accessible à un large public. Le donateur d'accord avec les membres du Comité, se réserve pour une période de 3 ans, le droit de procurer la publication et la diffusion de l'ouvrage par les moyens qu'il jugera les plus prompts et les plus efficaces. Mais tout bénéfice produit appartient de plein droit à l'auteur. Trois ans après la publication du jugement rendu par le comité, l'auteur reprend l'entière possession de ses droits de propriété.

Les manuscrits devront être anonymes et porter seulement une devise reproduite sur une enveloppe cachetée renfermant le nom de l'auteur.

Faculté de médecine. — M. Legroux, agrégé libre, commencera le vendredi 7 décembre, à 8 heures 1/2 du soir, dans le petit amphithéâtre des conférences de pathologie infantile (maladies du tube digestif, troubles de la nutrition) et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

En outre, M. Legroux fera tous les mercredis, à 8 h. 1/2, à l'hôpital Trousseau, des leçons cliniques se rapportant aux sujets traités dans les leçons du vendredi à la Faculté. — Visites le matin à 9 heures, salles Bouvier et Lugol. — Consultations les vendredi et samedi.

Société d'anthropologie de Paris, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. — La cinquième conférence annuelle Broca, aura lieu le jeudi 13 décembre 1888, à 4 heures de l'après-midi. Elle sera faite par M. le Dr J.-V. Laborde, membre de l'Académie de médecine, qui traitera les sujets suivants : *les centres nerveux sensitivo-moteurs.* — *Le lobe et les centres olfactifs.* — On peut se procurer des cartes d'entrée au siège de la Société.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 145. MARDI 11 DÉCEMBRE 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez : LECROSNIER et BABÉ
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE. . . . . 15 fr.
UNION POSTALE. . . 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.



35e Année. — Tome II. N° 145 Mardi 11 Décembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. LE PROFESSEUR FOURNIER.

Syphilis vaccinale. — Diagnostic différentiel.

Leçons recueillies par le Dr Paul PORTALIER (1).

Messieurs,

Très diverses sont les questions de diagnostic afférentes au sujet qui nous occupe.

A ne parler que des principales, il en est trois qui consistent en ceci :

I. — Différencier la vaccine ulcéreuse du chancre syphilitique vaccinal qu'elle peut simuler.

II. — Différencier de la syphilis les éruptions secondaires de la vaccine.

III. — Différencier de la syphilis vaccinale vraie les pseudo-syphilis vaccinales, c'est-à-dire celles qui succèdent au vaccin sans en être le produit.

Le seul énoncé de ces divers problèmes vous dit assez l'intérêt qui s'y rattache. De toute évidence, en effet, ces trois questions vont nous ramener sur le terrain de la pratique et nous mettre aux prises avec l'ordre de difficultés que nous sommes exposés à rencontrer chaque jour dans l'exercice de notre art.

I. — Premier point : diagnostic différentiel à établir entre la vaccine ulcéreuse et le chancre syphilitique vaccinal.

Il arrive quelquefois, chacun le sait, que la pustule vaccinale dégénère en une véritable ulcération, ulcération plus ou moins creuse et plus ou moins étendue. Parfois même cette ulcération est creuse à ce point qu'elle constitue une réelle entaillure ou, pour parler le langage des malades, « un trou » dans le bras. Elle peut éga-

(1) Extrait d'une série de leçons sur la syphilis vaccinale (en voie de publication).

lement devenir assez large pour qu'en certains cas (non sans quelque exagération, il est vrai) on soit allé jusqu'à la qualifier de « phagédénique », en raison de ses dimensions exceptionnelles.

C'est là ce qu'on appelle communément la *vaccine ulcéreuse*, et ce qu'il ne serait pas déplacé quelquefois d'appeler la *vaccine chancriforme.*

Il n'entre pas dans mon sujet de vous exposer l'histoire détaillée de cette vaccine ulcéreuse. Je me bornerai à vous en rappeler les particularités principales, au double point de vue étiologique et clinique.

1° Comme étiologie, d'abord, notons les divers points que voici :

On observe plus souvent la vaccine ulcéreuse à la suite de la vaccination pratiquée avec le cow-pox qu'à la suite de l'inoculation du vaccin humain.

On la rencontre de préférence :

1° Chez les tout jeunes enfants, qui ont été vaccinés de trop bonne heure ;

2° Chez les enfants chétifs, malingres, débiles, de constitution lymphatique, scrofuleuse ;

3° Dans les milieux hospitaliers.

Si parfois elle reconnaît comme cause déterminante des irritations locales (telles que défaut de propreté, absence de pansement, frottements contre des linges rudes et malpropres, etc.), on la voit aussi, pour bon nombre de cas, se développer en dehors de toute cause directement provocatrice.

2° Au point de vue clinique, elle se présente sous la forme d'ulcérations véritables, qui succèdent aux piqûres vaccinales et à toutes les piqûres généralement. Ce sont des ulcérations qui creusent le derme bien au delà des limites qu'atteignent les pustules ordinaires; elles peuvent même, dépassant le derme, intéresser le tissu cellulo-adipeux, s'excaver *en entonnoir*, devenir térébrantes, et mesurer 3, 4, 5 millimètres et plus en profondeur.

Comme étendue, elles affectent en moyenne le diamètre d'une pièce de cinquante centimes.

Elles se présentent avec des bords élevés, comprenant toute la hauteur du derme, nettement entaillés, souvent même verticaux et *à pic*, rappelant assez bien d'aspect ceux du chancre simple.

Leur fond est anfractueux, inégal, de mauvais aspect, de couleur grise, jaune blafard ou jaunâtre ; — quelquefois même il est pultacé, diphthéroïde, ou bien encore gangréniforme, sphacélique.

Elles reposent sur une base de tissus plus ou moins engorgés, tendus, rénitents et *durs*, mais d'une dureté inflammatoire, d'une dureté

d'empâtement phlegmoneux, très différente (notons ce caractère au passage) de la véritable induration chancreuse.

Elles sont entourées d'une aréole violemment inflammatoire, rouge, largement étalée, souvent même très étendue, au point d'envahir une portion de la circonférence du bras, voire la moitié du bras et une bonne partie de l'épaule.

Elles peuvent enfin s'accompagner de phénomènes inflammatoires du côté des ganglions axillaires, qui augmentent de volume, perdent de leur mobilité et deviennent douloureux.

Tel est, messieurs, très rapidement esquissé, le tableau de la vaccine ulcéreuse, sans parler de diverses complications possibles, telles que : angéioleucite, érysipèle ou pseudo-érysipèle de voisinage, phlegmon, abcès, voire sphacèle d'une portion du bras, accidents fébriles, quelquefois même état typhoïde, etc.

Eh bien, cette vaccine ulcéreuse, en raison même des ulcérations qu'elle détermine, a été maintes fois l'occasion d'erreurs diagnostiques. Maintes fois des ulcérations de cet ordre ont été rapportées à la syphilis. J'aurais, pour ma seule part, à vous citer plus d'une demi-douzaine de cas où de telles lésions ont jeté l'alarme dans les familles, parce qu'on les avait indûment considérées comme des « chancres », comme des « accidents initiaux de syphilis vaccinale ». Je me souviens encore de l'anxiété d'un jeune médecin venant nous amener ici, il y a quelques années, un petit enfant auquel il croyait avoir inoculé la syphilis par le vaccin, s'en accusant par avance, en exprimant les plus amers regrets, et nous montrant sur le bras de l'enfant la lésion que voici reproduite par ce beau moulage, œuvre de l'artiste éminent à qui nous devons le musée de Saint-Louis. Cette lésion n'était autre qu'une vaccine ulcéreuse.

Jugez par là de l'intérêt qui s'attache au diagnostic différentiel à instituer entre cette vaccine ulcéreuse et le véritable chancre syphilitique.

Voyons donc tout aussitôt quels sont les signes dont nous disposons pour établir ce diagnostic.

Nombre de considérations concourent à la solution du problème. Ainsi je pourrais vous dire, par exemple :

1° Que les accidents ulcéreux de la vaccine affectent généralement tous les boutons d'une vaccination, tandis que le chancre ne se produit guère que sur une ou quelques piqûres;

2° Que le chancre vaccinal se présente presque invariablement sous l'aspect d'une lésion croûteuse (chancre dit ecthymateux ou croûteux); — tandis que la vaccine ulcéreuse, en raison même de sa suppuration abondante, reste à l'état de lésion ulcérative. Elle suppure trop pour former croûte;

3° Que la vaccine ulcéreuse se caractérise par une ulcération tout à la fois creuse, large, et vivement inflammatoire; — tandis que le chancre vaccinal consiste presque toujours en une lésion moins creuse, moins étendue en surface, et relativement aphlegmasique; — et, comme conséquence, que plus une lésion vaccinale se présente avec les allures d'une ulcération de mauvais aspect, de caractère menaçant et malin, plus il y a de chances pour que cette lésion ne soit pas un chancre;

4° Que le chancre syphilitique s'accompagne fatalement d'une adénopathie axillaire à ganglions indolents, durs, aphlegmasiques; — tandis que la vaccine ulcéreuse, tout au contraire, ou bien ne retentit pas sur le système lymphatique, ou bien détermine un bubon inflammatoire, à ganglions plus ou moins volumineux, empâtés, tendus, douloureux, etc., etc.

Mais je ne fais que vous signaler en passant ces divers signes, parce que j'en ai un bien meilleur à produire, et celui-ci de nature à vous dispenser de tout autre.

Ce signe est emprunté à l'*évolution morbide*; il ressort de la chronologie pathologique; et, à ce titre, il est donc plus que facile à établir, à constater. Vous allez en juger.

A quel terme, à quel âge de la vaccine se produit la complication dite vaccine ulcéreuse?

Du douzième au quinzième jour, en moyenne; — quelquefois un peu plus tôt; — rarement plus tard. Mais supposons même, pour n'avoir pas à chicaner sur les chiffres, qu'elle ne fasse invasion que vers le vingtième jour.

Or, à pareille époque, c'est-à-dire à échéance de douze, quinze, vingt jours après la vaccination, qu'est-ce que le chancre vaccinal? Où en est, à pareil terme, le chancre vaccinal?

Réponse catégorique : à échéance de douze à quinze jours, ce chancre *n'est même pas né;* il est encore à naître.

A échéance de vingt jours, ou bien il n'est pas encore éclos; — ou bien, s'il est éclos, il est encore embryonnaire, rudimentaire, minime.

Donc, un chancre syphilitique, à le supposer même de mauvaise nature, ne pourrait guère se présenter avec la physionomie de la vaccine ulcéreuse que trente à quarante jours au-delà de l'époque de la vaccination.

Voyez quelle opposition de chiffres, voyez quelle différence chronologique d'évolution entre le chancre et la vaccine ulcéreuse.

Ainsi, à l'époque où la vaccine ulcéreuse bat son plein (passez-moi l'expression), le chancre ou bien n'existe pas encore, ou bien ne fait que de naître.

De sorte qu'en l'espèce le diagnostic est affaire *de chiffres*, dirai-je, et comporte la rigueur d'une évaluation numérique.

Exemple, que j'emprunterai à l'un des cas dont je vous parlais précédemment.

Un tout jeune enfant m'est présenté par ses parents littéralement éplorés. « Il est atteint, me dit-on, d'un mauvais mal, la syphilis peut-être, et cela consécutivement à une vaccination récente. Trois *chancres* larges et creux se sont produits sur l'un de ses bras, et l'un d'eux est déjà grand comme une pièce d'un franc, bien que la vaccination ne remonte pas à plus de dix-sept jours ». *Dix-sept jours !* De par ce chiffre seul j'étais déjà fixé, si bien qu'avant même d'examiner les ulcérations du bras, je rassurai les parents en leur disant : « Je ne sais ce que je vais avoir à constater sur votre enfant; mais, à coup sûr, ce n'est pas et ce ne peut être une syphilis vaccinale. Car, à dix-sept jours de date d'une vaccination, il ne saurait exister de chancre vaccinal large comme une pièce d'un franc ». Et, en effet, examen fait, il ne s'agissait que d'une vaccine à déviation ulcéreuse, ce que d'ailleurs l'évolution ultérieure confirma absolument.

De même pour le jeune enfant qui me fut amené ici par l'un de nos confrères et dont je vous parlais tout à l'heure. Cet enfant présentait des ulcérations creuses, térébrantes même, et larges comme une pièce de cinquante centimes, alors que son vaccin datait seulement de *treize* jours. Aussi bien, même avant tout examen, avons-nous récusé comme *impossible* (impossible, entendez bien le mot, messieurs) le caractère syphilitique et l'origine vaccino-syphilitique de ces lésions.

Donc, je le répète, l'évolution est absolument significative en l'espèce, et le diagnostic se fait ici *de par l'évolution*. — Ce qui n'empêche, bien entendu, qu'au besoin on ne puisse recourir à la considération des signes cliniques, et que ce recours même ne s'impose alors qu'on est consulté plus tardivement.

En tout cas, rappelons-nous bien ceci : c'est que, dans l'ordre de cas dont il vient d'être question, les erreurs diagnostiques sont presque toujours commises parce qu'on méconnaît les lois d'évolution de la syphilis, parce qu'on oublie que l'incubation de la syphilis ne s'abaisse jamais assez pour déterminer un chancre et surtout un chancre adulte à la période où la vaccine ulcéreuse produit ses ulcérations chancriformes. Tenez compte, messieurs, de l'échéance chronologique des accidents, et vous vous préserverez sûrement de telles méprises.

(*A suivre.*)

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Action des inhalations du chlorure d'éthylène pur sur l'œil.

Par M. PANAS, (1).

M. Raphaël Dubois, dans sa première Communication à la Société de biologie, et dans deux Communication subséquentes faites à l'Institut, insiste sur le trouble de la cornée provoquée par les inhalations du chlorure d'éthylène, expérimenté par lui comme anesthésique. Il ajoute que l'œil ainsi modifié devenait dur et comme *glaucomateux*.

Ayant institué à mon tour des expériences de laboratoire sur ce sujet, de décembre 1887 à février 1888, je suis arrivé aux résultats que voici :

L'anesthésie survient chez le chien après avoir épuisé 5cc. de chlorure d'éthylène, et dans un espace de temps qui varie de vingt à trente minutes. J'ai pratiqué de deux à cinq inhalations successives par animal.

En prolongeant les inhalations de trois quarts d'heure à une heure, et après avoir dépensé 10cc. par séance, j'ai observé sur les yeux les phénomènes suivants :

Forte injection habituelle de la conjonctive, qui ne disparaît que vers le quatrième jour après l'inhalation. Souvent il s'y joint du larmoiement et de la photophobie.

La pupille se dilate et peut rester telle dans les premiers jours.

La cornée se trouble et devient porcélanique de la première à la troisième inhalation, pour ne disparaître qu'au bout d'une semaine et plus. L'éclaircissement procède de la périphérie au centre.

Sur quatre chiens, après éclaircissement de la cornée, une ou plusieurs inhalations se sont montrées incapables d'y provoquer de nouveaux troubles. Singulier fait d'accoutumance qui mérite d'être signalé.

Par contre, sur un cinquième chien, alors que l'opalescence produite par une première inhalation subsistait encore, une nouvelle inhalation, loin de la faire disparaître, comme dans les faits rapportés par M. Raphaël Dubois, en a exagéré la saturation.

Contrairement à l'expérimentateur cité, qui, dans sa Communication à la Société de biologie, a parlé de dureté *glaucomateuse* de l'œil, j'ai invariablement noté la conservation du tonus normal de l'œil, et même une hypotonie marquée.

L'étude histologique m'a révélé :

(1) Communication à l'Académie des sciences.

L'aspect clinique de la maladie parle dans le même sens ; on observe habituellement de l'atrophie musculaire, l'exagération des réflexes et des dystrophies cutanées, mais ces derniers symptômes paraissent être secondaires aux lésions articulaires.

L. JUMON.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses pour le doctorat. — *Mercredi* 12, à 1 heure. — M. HUGUET : De la valeur thérapeutique des injections de sublimé dans le traitement de la blennorrhagie et des bases du traitement rationnel de cette affection. *Président* : M. Straus. — Mlle SCHULTZE : La femme médecin au XIXe siècle. *Président* : M. Straus. — M. SERIEUX : Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel. *Président* : M. Charcot. — M. TER-ZAKHARIANTZ : Étude physiologique et thérapeutique de l'Eschaltzia California. *Président* : M. Damaschino. — M. BRIEND : Du traitement de la syphilis par les injections d'huile grise (Oleum cinereum). *Président* : M. Fournier.

Jeudi 13, à 1 heure. — M. SCHRŒDER : Des métrorrhagies dans les premiers mois de la grossesse. *Président* : M. Proust. — M. PLICHON : Tuberculose des lèvres. *Président* : M. Proust. — M. ROORYCK : Du béribéri à forme paralytique. *Président* : M. Proust. — M. FOURIAUX : Contribution à l'étude de la bronchite du sommet dans la dothiénentérie. *Président* : M. Jaccoud. — M. MILLARD : Des œdèmes dans la maladie de Basedow. *Président* : M. Dieulafoy. — M. BIELAWSKI : De l'hydrothérapie dans ses rapports avec le traitement des dermatoses. *Président* : M, Dieulafoy. — M. TEXIER : De la trépanation par évulsion. *Président* : M. Duplay. — M. VILCOQ : Fractures intra-utérines. *Président* M. Tarnier. — M. LEUDET : Essai sur le rétrécissement tricuspide. *Président* : M. Peter. — M. BERTIN : Des adénopathies cervicales et de la douleur du phrénique et du pneumogastrique comme signe du cancer de l'estomac. *Président* : M. Peter. — M. BECIGNEUL : De la dissection du cerveau. *Président* : M. Mathias-Duval.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours sur la liberté de conscience.* — Me Agnellet, notaire à Paris, 38, rue Saint-Georges, a reçu d'un donateur anonyme une somme de quinze mille francs, destinée à récompenser le meilleur ouvrage ayant pour objet de faire sentir et reconnaître la nécessité d'établir de plus en plus la liberté de conscience dans les institutions et dans les mœurs.

Ce concours étant à l'occasion du Centenaire de 1789, les manuscrits devront être déposés chez Me Agnellet avant le 31 mars 1889.

une rectification à l'occasion du rapport erroné qui avait paru dans le *Bulletin de l'Académie*.

A cette lettre, M. Worms répondit que la différence d'opinion entre nous était assurément expliquée en ce sens que, selon lui, la persistance d'un goût sucré était un trouble digestif, et qu'il donnerait à l'Académie de médecine une explication à ce sujet. Mais lorsqu'un bruit est répandu, il est rare qu'il s'arrête facilement. Voici, en effet, ce qu'on lisait récemment dans un journal de Paris : « Le Dr Pavy, connu par ses nombreux travaux sur le diabète, estime que les diabétiques soumis à la saccharine paient bientôt par des maux d'estomac et des troubles intestinaux, le léger adoucissement apporté à leur dur régime. »

Ainsi, pour avoir dit à M. Worms que la saveur un peu aromatique et persistante que j'avais notée à la suite de l'ingestion des premiers échantillons de saccharine (et qui n'a presque plus été observée depuis) pouvait déplaire à quelques personnes, je suis représenté comme disant que la saccharine produit des troubles dyspeptiques, et cette opinion erronée amène à conclure que les diabétiques qui emploient la saccharine paient bientôt par des maux d'estomac et des troubles intestinaux le léger adoucissement apporté à leur dur régime.

Ce n'est pas à moi à spéculer sur l'intention qui a occasionné la mise en circulation de cette appréciation erronée ; mais il est évident qu'elle est de nature à déprécier la saccharine. Le sucre employé dans nos aliments sert non seulement à les rendre agréables en en relevant le goût, mais il contribue aussi, selon les conditions de santé, à la nourriture. La saccharine remplit ce premier objet, mais elle n'est pas de nature à remplir le second ; elle ne peut, par conséquent, prendre la position de représentant du sucre, et j'ai à peine besoin d'ajouter qu'on ne doit pas s'en servir pour donner une douceur fictive en lieu et place du sucre. Cependant, la saccharine conserve son propre mérite, qui consiste à adoucir ou à sucrer nos aliments, et j'estime que ceux chez qui l'emploi en est indiqué peuvent l'employer en toute sécurité. Elle peut donc rendre les plus grands services aux diabétiques, aux obèses et à tous ceux qui, pour des raisons plus ou moins fondées, désirent éviter de prendre du sucre. Ce qui est certain, c'est que, dans aucun cas, elle ne possède des qualités irritantes ou nocives. On parle de vagues troubles dyspeptiques sans avoir de preuves qu'ils sont occasionnés par son usage. L'accusation portée contre elle, est qu'elle peut nuire à la digestion par la qualité antiseptique qui lui est propre. La réponse à ceci, est qu'elle est promptement absorbée par le système digestif et éliminée dans son état brut, et que par elle-même elle ne reste pas

dans la sphère capable d'opérer dans le sens indiqué. De plus, s'il en était autrement, la quantité nécessaire pour donner de la saveur est si minime qu'il n'y a guère de place pour une action matérielle de ce genre. Ce n'est pas, il est vrai, un argument valide de dire que bien d'autres articles que nous admettons à faire partie de notre diète comme condiments possèdent eux-mêmes des qualités antiseptiques ou la puissance d'empêcher la fermentation dans les natures organiques. Le sel, le vinaigre, les épices, tous agissent d'une manière antagonistique sur l'assimilation. En effet, nous usons de cette propriété qui est leur, quand nous les employons comme agents préservateurs.

J'ai écrit cette lettre, poussé seulement par le devoir et pour réfuter l'opinion défavorable que j'aurais émise sur la saccharine.

F. W. Pavy.

La rédaction de la *Lancet* fait suivre cette lettre de la note suivante : « Nous acceptons entièrement l'opinion émise par le Dr Pavy, à savoir que la saccharine est d'un grand secours pour les diabétiques, et que son usage prolongé ne peut être nuisible dans aucun cas. »

BIBLIOGRAPHIE

THE WASTING DISEASES OF INFANTS AND CHILDREN, par *Eustace Smith, M. D.* (Cinquième édition, Londres, Churchill, 1888.)

Sous le nom de maladies consomptives (nom tout à fait équivalent à Wasting) de l'enfance, M. Eustace Smith, médecin de l'Hôpital des Enfants, à Londres (East London) a étudié les affections dans lesquelles la nutrition est gravement et lentement compromise chez les enfants, quelles que soient les causes de cette détérioration nutritive. L'amaigrissement est le principal signe, mais non le premier, de la nutrition défectueuse avec laquelle même dans certains cas un certain embonpoint est compatible. Souvent l'altération nutritive date d'une maladie aiguë qui réveille la diathèse latente ou laisse après elle un trouble persistant des fonctions digestives ou du système nerveux ; la rougeole par exemple peut réveiller la tuberculose chez les prédisposés. Dans une introduction, M. Eustace Smith insiste avec raison sur un diagnostic précoce dans lequel l'examen des signes objectifs acquiert une immense importance en raison de l'inaptitude dans laquelle se trouve l'enfant de s'exprimer. L'examen doit donc porter sur tous les systèmes et les organes. L'auteur termine ces préliminaires en passant en revue les moyens thérapeutiques empruntés surtout à l'hygiène pour relever la nutrition souffrante affaiblie chez l'enfant.

L'étude de l'athrepsie ouvre naturellement la série des chapitres consacrés aux maladies consomptives de l'enfance. L'alimentation insuffisante, en comprenant sous ce terme l'élaboration des aliments et leur utilisation ultérieure, est une des causes les plus communes de la mort des enfants en bas âge dans les grandes villes surtout et dans toutes les classes. L'auteur insiste particulièrement dans ce chapitre sur les conditions d'une bonne adaptation du lait de la nourrice à l'enfant, sur l'alimentation artificielle qui présente tant d'écueils, enfin sur le sevrage.

Le deuxième chapitre consacré à l'étude de la diarrhée chronique pourrait être considéré comme la suite du premier, car celle-ci ne constitue le plus souvent qu'un symptôme de la gastro-entérite qui conduit à l'athrepsie. Néanmoins il est des cas particuliers qui surviennent en dehors de toute alimentation défectueuse, telles sont les diarrhées consécutives aux maladies aiguës, à l'action du froid, ou qui dépendent de la présence des vers intestinaux ou de lésions tuberculeuses ; ce sont ces cas que M. Eustace Smith a eu surtout en vue.

Après un chapitre ayant trait au catarrhe stomacal accompagné de vomissements, l'auteur aborde l'étude du rachitisme. Tout en admettant l'influence de la syphilis sur la production du rachitisme, M. E. Smith ne va pas jusqu'à faire de ce dernier une manifestation de la vérole comme Parrot avait cherché à le démontrer.

Des chapitres importants sont consacrés à la syphilis héréditaire, à l'helminthriase, à la tuberculose pulmonaire chronique, à la caséification des ganglions lymphatiques, surtout des ganglions mésentériques. Enfin le lecteur trouvera décrite sous le nom de *mucous disease*, maladie muqueuse, une affection sur laquelle, en général, on trouve peu de renseignements et qui consiste dans l'augmentation de la sécrétion muqueuse du canal alimentaire. Les symptômes les plus caractéristiques sont : l'amaigrissement, l'enduit visqueux de la langue, la présence d'une grande quantité de mucus dans les selles, des embarras gastriques répétés à forme bilieuse. Les enfants perdent leur entrain, ont le sommeil agité, l'appétit se perd et l'amaigrissement est rapide. Cependant l'examen de la poitrine ne révèle rien d'anormal. Les vers intestinaux sont une complication habituelle de cette maladie, dont les causes ordinaires sont, d'après M. Eustace Smith, la coqueluche et la seconde dentition. On l'observe encore après la rougeole et la scarlatine. Le traitement de cette affection qui est le catarrhe muqueux chronique de l'estomac et de l'intestin, consiste dans l'abstention de certains aliments, des légumes farineux par exemple, dans l'emploi de tous les moyens propres à stimuler la nutrition, des toniques et du fer. L'auteur recommande enfin les par-

gatifs, particulièrement l'aloès. En résumé, l'importance des matières que réunit dans ce volume un lien commun, l'altération profonde de la nutrition, la forme pratique sous laquelle sont présentées ces pages cliniques justifient le succès que l'ouvrage a eu chez nos voisins.

L. JUMON.

NÉCROLOGIE

Le Dr DECAUDIN, ancien interne des hôpitaux de Paris (1874), décoré de la médaille militaire, médecin du bureau de bienfaisance du 2e arrondissement, décédé à l'âge de 39 ans.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Le concours d'agrégation de pathologie interne et de médecine légale s'ouvrira le samedi 15 décembre, à midi (salle du conseil). L'ordre du jour porte la formation du jury et l'appel des candidats. Il sera accordé 11 places d'agrégé dont 5 à Paris, 2 à Bordeaux, 2 à Lille, 1 à Lyon et 1 à Montpellier.

— L'ACADÉMIE DE MÉDECINE tiendra sa séance annuelle le mardi 11 décembre 1888, à 3 heures, rue des Saints-Pères, 49, sous la présidence de M. Hérard.

Ordre des lectures : 1° Rapport général sur les prix décernés en 1888, par M. Proust, secrétaire annuel; 2° Prix proposés pour 1887-90-91 ; 3° Eloge de M. Mélier, par M. J. Bergeron, secrétaire perpétuel.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — L'assemblée de la Faculté a élu M. le professeur Hécht, délégué au Conseil général des Facultés, en remplacement de M. Heydenreich, nommé doyen.

CONCOURS POUR LES BOURSES DE DOCTORAT EN MÉDECINE. — Le Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, vu le règlement du 15 novembre 1879; Vu l'arrêt du 2 juillet 1884, arrête : Art 1er. L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mercredi 26 décembre 1888. — Art. 2. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le lundi 17 décembre à 4 heures. — Art. 3. Conformément aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879 susvisé, sont admis à concourir : 1° Les candidats qui ont subi 4 inscriptions avec la note » bien », le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 29 juin 1888; les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale; 2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie ; 3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la pathologie et l'histologie; 4° Les candidats pourvus de 16 ins-

criptions qui ont subi avec la note « bien » la seconde partie du deuxième examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la *pathologie interne ou externe*; — Art. 4. Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint qui ont subi chacun de ces examens avec la note « bien » pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

La société d'ophthalmologie de Paris, dans sa séance du mardi 4 décembre, a renouvelé son bureau pour 1889 de la façon suivante :

Président, M. le professeur Chauvel; *vice-président*, M. Parinaud; *secrétaire général*, M. Gorecki; *secrétaires annuels*, MM. Valude et Despagnet; *trésorier*, M. Duboys de Lavigerie; *archiviste*, M. Hubert.

École pratique. — M. le Dr Chervin, directeur de l'Institution des Bègues de Paris, commencera le mercredi 12 décembre, à cinq heures, à l'École pratique (amphithéâtre numéro 2) ses *leçons sur les troubles de la parole* et les continuera les mercredis, à la même heure.

La première leçon sera consacrée à des considérations générales sur les troubles de la parole.

La Société clinique de Paris se réunira le jeudi 13 décembre, au lieu ordinaire de ses séances, rue Boissy-d'Anglas, 35, salle Prat, 10, cité du Retiro.

Ordre du jour : 1° M. Gilbert. — Rapport sur une candidature de membre correspondant.

2° M. Besançon. — Rapport sur les travaux des candidats au titre de membre titulaire.

3° M. Girode. — Observation de tabes à crises digestives compliquées. Sialorrhée tabétique.

4° M. Catuffe. — Hémorrhagie consécutive à l'excision de la luette.

5° M. Ferdinand Dreyfous. — Du rôle de l'hérédité nerveuse dans la pathogénie du zona.

Bulletin de la mortalité *du 25 novembre au 1er décembre* 1888. — Fièvre typhoïde, 20. — Variole, 4. — Rougeole, 33. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, Croup, 27. — Phthisie pulmonaire, 184. — Autres tuberculoses, 20. — Tumeurs cancéreuses et autres, 47.

Méningite, 33. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 38. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 07. — Maladies organiques du cœur, 42.

Bronchite aiguë et chronique, 51. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 7[illegible].

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 58.

Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 19. — Sénilité, 25. — Suicides et autres morts violentes, 25. — Autres causes de mort, 140. — Causes inconnues, 17.

Nombre absolu de la semaine : 876. — Résultat de la semaine précédente : 866.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

d'empâtement phlegmoneux, très différente (notons ce caractère au passage) de la véritable induration chancreuse.

Elles sont entourées d'une aréole violemment inflammatoire, rouge, largement étalée, souvent même très étendue, au point d'envahir une portion de la circonférence du bras, voire la moitié du bras et une bonne partie de l'épaule.

Elles peuvent enfin s'accompagner de phénomènes inflammatoires du côté des ganglions axillaires, qui augmentent de volume, perdent de leur mobilité et deviennent douloureux.

Tel est, messieurs, très rapidement esquissé, le tableau de la vaccine ulcéreuse, sans parler de diverses complications possibles, telles que : angéioleucite, érysipèle ou pseudo-érysipèle de voisinage, phlegmon, abcès, voire sphacèle d'une portion du bras, accidents fébriles, quelquefois même état typhoïde, etc.

Eh bien, cette vaccine ulcéreuse, en raison même des ulcérations qu'elle détermine, a été maintes fois l'occasion d'erreurs diagnostiques. Maintes fois des ulcérations de cet ordre ont été rapportées à la syphilis. J'aurais, pour ma seule part, à vous citer plus d'une demi-douzaine de cas où de telles lésions ont jeté l'alarme dans les familles, parce qu'on les avait indûment considérées comme des « chancres », comme des « accidents initiaux de syphilis vaccinale ». Je me souviens encore de l'anxiété d'un jeune médecin venant nous amener ici, il y a quelques années, un petit enfant auquel il croyait avoir inoculé la syphilis par le vaccin, s'en accusant par avance, en exprimant les plus amers regrets, et nous montrant sur le bras de l'enfant la lésion que voici reproduite par ce beau moulage, œuvre de l'artiste éminent à qui nous devons le musée de Saint-Louis. Cette lésion n'était autre qu'une vaccine ulcéreuse.

Jugez par là de l'intérêt qui s'attache au diagnostic différentiel à instituer entre cette vaccine ulcéreuse et le véritable chancre syphilitique.

Voyons donc tout aussitôt quels sont les signes dont nous disposons pour établir ce diagnostic.

Nombre de considérations concourent à la solution du problème. Ainsi je pourrais vous dire, par exemple :

1° Que les accidents ulcéreux de la vaccine affectent généralement tous les boutons d'une vaccination, tandis que le chancre ne se produit guère que sur une ou quelques piqûres;

2° Que le chancre vaccinal se présente presque invariablement sous l'aspect d'une lésion croûteuse (chancre dit ecthymateux ou croûteux); — tandis que la vaccine ulcéreuse, en raison même de sa suppuration abondante, reste à l'état de lésion ulcérative. Elle suppure trop pour former croûte;

3° Que la vaccine ulcéreuse se caractérise par une ulcération tout à la fois creuse, large, et vivement inflammatoire; — tandis que le chancre vaccinal consiste presque toujours en une lésion moins creuse, moins étendue en surface, et relativement aphlegmasique; — et, comme conséquence, que plus une lésion vaccinale se présente avec les allures d'une ulcération de mauvais aspect, de caractère menaçant et malin, plus il y a de chances pour que cette lésion ne soit pas un chancre;

4° Que le chancre syphilitique s'accompagne fatalement d'une adénopathie axillaire à ganglions indolents, durs, aphlegmasiques; — tandis que la vaccine ulcéreuse, tout au contraire, ou bien ne retentit pas sur le système lymphatique, ou bien détermine un bubon inflammatoire, à ganglions plus ou moins volumineux, empâtés, tendus, douloureux, etc., etc.

Mais je ne fais que vous signaler en passant ces divers signes, parce que j'en ai un bien meilleur à produire, et celui-ci de nature à vous dispenser de tout autre.

Ce signe est emprunté à l'*évolution morbide*; il ressort de la chronologie pathologique; et, à ce titre, il est donc plus que facile à établir, à constater. Vous allez en juger.

A quel terme, à quel âge de la vaccine se produit la complication dite vaccine ulcéreuse?

Du douzième au quinzième jour, en moyenne; — quelquefois un peu plus tôt; — rarement plus tard. Mais supposons même, pour n'avoir pas à chicaner sur les chiffres, qu'elle ne fasse invasion que vers le vingtième jour.

Or, à pareille époque, c'est-à-dire à échéance de douze, quinze, vingt jours après la vaccination, qu'est-ce que le chancre vaccinal? Où en est, à pareil terme, le chancre vaccinal?

Réponse catégorique : à échéance de douze à quinze jours, ce chancre *n'est même pas né;* il est encore à naître.

A échéance de vingt jours, ou bien il n'est pas encore éclos; — ou bien, s'il est éclos, il est encore embryonnaire, rudimentaire, minime.

Donc, un chancre syphilitique, à le supposer même de mauvaise nature, ne pourrait guère se présenter avec la physionomie de la vaccine ulcéreuse que trente à quarante jours au-delà de l'époque de la vaccination.

Voyez quelle opposition de chiffres, voyez quelle différence chronologique d'évolution entre le chancre et la vaccine ulcéreuse.

Ainsi, à l'époque où la vaccine ulcéreuse bat son plein (passez-moi l'expression), le chancre ou bien n'existe pas encore, ou bien ne fait que de naître.

35e Année. — Tome II. N° 146 Jeudi 13 Décembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 12 *décembre* 1888.

L'Académie de médecine a tenu hier, sous la présidence de M. Hérard, sa séance publique annuelle de distribution de prix. M. le professeur Proust, qui depuis six ans remplit avec tant de distinction les fonctions de secrétaire annuel, a rappelé les deuils que l'Académie avait eu à subir pendant les six années de son secrétariat.

L'Académie a perdu pendant cette période trente et un de ses membres, parmi lesquels Pidoux, Davaisne, Cloquet, Depaul, Parrot, Lasègue, Dumas, Wurtz, Fauvel, Noël Gueneau de Mussy, H. Milne-Edwards, Jules Guérin, Dechambre, Bouchardat, Béclard, Gosselin et Vulpian. La froide statistique montre que si la mortalité continuait à sévir sur l'Académie dans les mêmes proportions, cette assemblée serait entièrement renouvelée dans l'espace de quinze à dix-huit ans.

M. Proust laisse heureusement ces idées lugubres pour souhaiter la bienvenue aux membres élus cette année : MM. d'Arsonval, Magitot, Moissan et Damaschino.

Après le rapport de M. Proust, M. le Président a proclamé les résultats des concours de 1888, puis il a lu la liste des prix proposés pour les années 1889, 1890, 1891. Nous reproduisons plus loin ces résultats.

La séance s'est terminée par la lecture par M. J. Bergeron, secrétaire perpétuel, de l'éloge de Mêlier. L'Académie et le public ont fait à cet éloge l'accueil tout à fait sympathique que méritent toujours les discours de M. Bergeron.

A. Ch.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. LE PROFESSEUR FOURNIER.

Syphilis vaccinale. — Diagnostic différentiel.

Leçons recueillies par le Dr Paul PORTALIER.

(*Suite*) (1).

Le tableau suivant vous présentera groupés et résumés les éléments principaux du diagnostic différentiel que nous venons d'étudier.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA VACCINE ULCÉREUSE ET DU CHANCRE VACCINAL.

Vaccine ulcéreuse	*Chancre vaccinal*
I. — Signes d'évolution	
I. Invasion *du douzième au quinzième jour* après la vaccination.	I. Invasion se faisant en général *au delà de la troisième semaine* après la vaccination, jamais avant le quinzième jour.
II. Lésion déjà pleinement constituée dès le vingtième jour après la vaccination.	II. A échéance de vingt jours après la vaccination, le chancre ou bien est encore à *naître*, ou bien ne fait qu'éclore et est encore *petit*, rudimentaire.
II. — Signes cliniques	
I. Affecte généralement *toutes les pustules* d'une vacination.	I. Ne se développe guère que pour quelques-unes des pustules vaccinales ; Souvent même se produit sans être précédé de pustules vaccinales.
II. Physionomie générale : celle d'une *lésion ulcéreuse et vivement inflammatoire*.	II. Physionomie générale : celle d'une *lésion croûteuse, habituellement aphlegmasique*.
Au détail :	Au détail :
III. Lésion *ulcéreuse*, excavée, térébrante, trop profonde pour donner l'idée d'un chancre.	III. Lésion soit simplement excoriative, soit ulcéreuse, mais bien *moins creuse* (sauf exceptions rares) que la vaccine ulcéreuse.

(1) Voir *France médicale* n. 145.

IV. *Suppuration abondante*, trop abondante pour se dessécher en croûte.	IV. Lésion presque constamment *croûteuse*.
V. Bords nettement *entaillés*, quelquefois à pic, rappelant ceux du chancre simple.	V. Bords non entaillés, peu élevés, jamais à pic, se raccordant en pente douce avec le fond de la lésion.
VI. Fond anfractueux, inégal, de mauvais aspect, quelquefois pultacé ou sphacélique.	VI. Fond lisse, uni.
VII. Base dure, mais d'une *dureté inflammatoire*, empâtée, œdémateuse.	VII. Base présentant une *induration spéciale*, spéciale par sa circonscription, spéciale surtout par sa résistance sèche, élastique, parcheminée (induration chancreuse proprement dite).
VIII. *Aréole très accentuée*, inflammatoire, rouge, érysipélateuse, quelquefois très étendue.	VIII. Aréole minime relativement, moins inflammatoire, souvent inappréciable.
IX. Ou bien, nul retentissement ganglionnaire ; — ou bien adénopathie de caractère inflammatoire.	IX. *Adénopathie constante* ; — et adénopathie *spéciale*, à ganglions aphlegmasiques, indolents et durs.
X. Complications fréquentes : angéioleucite, phlegmon, érysipèle, accidents fébriles, etc.	X. Complications très rares.

Second problème : *Différencier de la syphilis vaccinale les éruptions secondaires de la vaccine.*

C'est un fait actuellement bien connu que la vaccine est susceptible de déterminer à sa suite des éruptions diverses.

Ces éruptions se divisent très naturellement en deux groupes de la façon suivante :

1° Les unes, éruptions vaccinales proprement dites, consistent en la production de véritables *boutons vaccinaux*, se développant en dehors des points piqués par la lancette, mais identiques aux boutons vaccinaux qui ont succédé sur place aux inoculations du vaccin.

C'est là ce qu'on appelle *vaccine surnuméraire*, ou bien encore *vaccine généralisée* alors que l'éruption affecte une véritable dissémination.

2° Le second groupe comprend des éruptions tout à fait différentes dermatologiquement de la vaccine, lesquelles se produisent sous forme d'exanthèmes d'ailleurs assez variables de caractères (exanthèmes rubéoliques, morbilleux, scarlatiniformes, etc.).

Les éruptions du premier groupe ne sauraient évidemment donner lieu à aucune erreur de diagnostic, du moins en ce qui nous concerne. Nous n'avons pas à en parler.

Mais il n'en est pas de même pour celles du second groupe. Celles-ci ont été prises maintes fois pour ce qu'elles n'étaient pas, et rapportées indûment à la syphilis. Et alors, d'une part succédant à la vaccine, et, d'autre part, réputées syphilitiques, il est tout naturel qu'elles aient pu donner le change pour des manifestations de syphilis vaccinale.

Rappelons-en sommairement les caractères principaux.

D'abord, comme échéance d'apparition, elles se produisent en général au cours ou au déclin de la fièvre vaccinale, c'est-à-dire du neuvième au quinzième jour après la vaccination, quelquefois un peu plus tôt, mais rarement un peu plus tard.

En second lieu, comme forme dermatologique, elles consistent en des exanthèmes de types variés ; tantôt analogues à la roséole vulgaire, au point même de constituer parfois une roséole pure et simple (*roséole vaccinale*) ; — tantôt se rapprochant des éruptions rubéoliques ou scarlatineuses (*rougeole, rash*, ou *scarlatine vaccinale*) ; — d'autres fois encore, mais plus rarement, érythémato-papuleuses (*lichen vaccinal*), ortiées et presque tuberculeuses (*urticaire vaccinale*), ou bien même papulo-vésiculeuses, miliaires (*miliaire vaccinale*), eczématoïdes, impétiginoïdes, etc. ; — bien plus rarement encore, pemphigoïdes ou purpuriques (*vaccine bulleuse, vaccine hémorrhagique*).

Presque toujours, elles se limitent aux téguments cutanés. Par exception, elles envahissent certaines muqueuses comme la muqueuse buccale, sous forme de taches d'un rouge foncé.

Presque invariablement aussi, ce sont des éruptions sèches. Il n'est pas impossible toutefois qu'elles deviennent partiellement humides au niveau des points où les téguments sont adossés (régions interfessière, génito-crurale, anale, périnéale, etc...), et c'est alors qu'elles peuvent simuler des syphilides muqueuses.

Enfin, en quelques cas, on a vu la vaccine ulcéreuse s'accompagner d'éruptions ecthymateuses, au niveau des fesses notamment, ou bien être suivie de taches maculeuses, voire de macules « véritablement cuivrées » .

Comme teneur générale, ce sont le plus souvent des éruptions partielles, limitées à quelques régions du corps (tronc, fesses, organes génitaux), quelquefois même circonscrites à une seule. Mais en d'autres circonstances elles se disséminent, et cela jusqu'à affecter même une certaine généralisation.

Il est rare qu'elles restent sans réaction sur l'état général. A des

degrés divers, elles s'accompagnent usuellement, comme les fièvres éruptives, d'un certain ensemble de troubles sympathiques : fièvre, malaise, inappétence, pâleur, vomissements, irritabilité, plaintes, agitation, etc. L'intensité de ces troubles est du reste extrêmement variable suivant l'âge et suivant les sujets.

Ces éruptions vaccinales sont généralement fugaces. Elles ne dépassent guère, comme évolution totale, huit à dix jours au maximum. On a cité des cas cependant où, par exception des plus rares, elles auraient duré jusqu'à quinze jours à trois semaines.

Ajoutons enfin qu'on les a vues se manifester sous forme épidémique. Un médecin militaire, le Dr Arondel, a mentionné qu'une certaine année, en Algérie, la plupart des enfants qu'il vaccina furent atteints de cet ordre d'éruptions. M. le Dr Desarbres a observé, en Algérie également, 60 cas d'éruption vaccinale sur 250 vaccinés. Au reste, l'influence de la chaleur ne paraît pas indifférente à la genèse de ces exanthèmes.

Eh bien, messieurs, ce sont les éruptions de cet ordre qui, en quelques cas, ont jeté l'alarme dans les familles, en faisant croire qu'elles constituaient un témoignage d'infection syphilitique.

Une telle erreur, à coup sûr, mérite bien d'être signalée. Mais, vraiment, elle n'a pas d'excuse. Car, réserve faite pour certains cas où le concours de circonstances exceptionnelles pourrait donner le change, il sera toujours facile, disons même élémentaire, de différencier une éruption vaccinale d'une syphilis vaccinale. Et cela, pour les diverses raisons suivantes, que je me bornerai à énumérer :

1° Parce qu'une éruption vaccinale n'a pas pour exorde un chancre vaccinal ;

2° Parce que les éruptions vaccinales ne reproduisent en rien les caractères dermatologiques propres aux syphilides ;

3° Parce qu'elles constituent des exanthèmes aigus, généralement fébriles, accompagnés des troubles généraux sus-énoncés ;

4° Parce qu'elles sont fugaces ;

5° Vous dirai-je enfin qu'un critérium formel autant que simple est fourni en l'espèce par la *chronologie* des accidents ? Ainsi :

Une éruption vaccinale se produit en moyenne du neuvième au quinzième jour après la vaccination.

Voyez, au contraire, à quel terme peut seulement se produire une syphilide symptomatique d'une syphilis vaccinale : en moyenne, 3 semaines d'incubation préludant à l'éclosion du chancre ; — puis, 6 semaines environ d'incubation secondaire, séparant le chancre de l'invasion des phénomènes généraux. Additionnons : cela fait un total de 9 semaines, comme terme le plus précoce où puisse se produire une éruption symptomatique d'une inoculation de syphilis par

le vaccin. Quelle différence, donc, entre ces deux échéances ! D'une part, 9 à 15 jours ; et, d'autre part, 9 septénaires. Une telle opposition de chiffres est absolument distinctive, et l'évolution fait ici le diagnostic.

En conséquence, une éruption qui succède au vaccin à brève échéance, c'est-à-dire qui lui succède dans le terme de deux septénaires en moyenne, ne saurait, *ipso facto*, être rapportée à une infection syphilitique par le vaccin. Cette éruption est ceci ou cela, peu importe ; mais elle n'est pas, elle ne peut être le témoignagne d'une infection vaccino-syphilitique.

Ici encore laissez-moi placer sous vos yeux le tableau suivant, qui pourra avoir l'avantage de vous présenter réunis et sous une forme synoptique les divers éléments de ce diagnostic différentiel.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LA SYPHILIS VACCINALE ET LES ERUPTIONS SECONDAIRES DE LA VACCINE.

Eruptions vaccinales.	**Syphilis vaccinale.**
I. Font invasion du neuvième au quinzième jour après la vaccination; par conséquent toujours *contemporaines* de la vaccine.	I. Ne fait d'éruptions au plus tôt que *neuf à dix semaines après la vaccination*.
II. Non précédées, au siège même de l'inoculation, d'un accident local, comparable au chancre vaccinal.	II. Reconnait toujours et obligatoirement comme exorde un *chancre* syphilitique, développé *in situ*, au siège même de l'inoculation vaccinale.
III. Eruptions de *type vulgaire*, banal, n'offrant pas les caractères des dermatoses propres à la syphilis.	III. Eruptions de caractère spécifique, véritables *syphilides*.
IV. Eruptions souvent accompagnées de *fièvre* et de troubles généraux.	IV. Eruptions *apyrétiques*, sauf exceptions assez rares.
V. Eruptions *fugaces*, spontanément et rapidement résolutives.	V. Eruptions durables.
	VI. Très fréquemment, syphilides des muqueuses ou autres manifestations spécifiques s'ajoutant aux éruptions cutanées.

(*A suivre.*)

gatifs, particulièrement l'aloès. En résumé, l'importance des matières que réunit dans ce volume un lien commun, l'altération profonde de la nutrition, la forme pratique sous laquelle sont présentées ces pages cliniques justifient le succès que l'ouvrage a eu chez nos voisins.

L. JUMON.

NÉCROLOGIE

Le Dr DECAUDIN, ancien interne des hôpitaux de Paris (1874), décoré de la médaille militaire, médecin du bureau de bienfaisance du 2e arrondissement, décédé à l'âge de 39 ans.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Le concours d'agrégation de pathologie interne et de médecine légale s'ouvrira le samedi 15 décembre, à midi (salle du conseil). L'ordre du jour porte la formation du jury et l'appel des candidats. Il sera accordé 11 places d'agrégé dont 5 à Paris, 2 à Bordeaux, 2 à Lille, 1 à Lyon et 1 à Montpellier.

— L'ACADÉMIE DE MÉDECINE tiendra sa séance annuelle le mardi 11 décembre 1888, à 3 heures, rue des Saints-Pères, 49, sous la présidence de M. Hérard.

Ordre des lectures : 1° Rapport général sur les prix décernés en 1888, par M. Proust, secrétaire annuel; 2° Prix proposés pour 1887-90-91 ; 3° Eloge de M. Mélier, par M. J. Bergeron, secrétaire perpétuel.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — L'assemblée de la Faculté a élu M. le professeur Hécht, délégué au Conseil général des Facultés, en remplacement de M. Heydenreich, nommé doyen.

CONCOURS POUR LES BOURSES DE DOCTORAT EN MÉDECINE. — Le Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, vu le règlement du 15 novembre 1879; Vu l'arrêt du 2 juillet 1884, arrête : Art 1er. L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mercredi 26 décembre 1888. — Art. 2. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le lundi 17 décembre à 4 heures. — Art. 3. Conformément aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879 susvisé, sont admis à concourir : 1° Les candidats qui ont subi 4 inscriptions avec la note » bien », le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 29 juin 1888; les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale; 2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie ; 3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note « bien » la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la pathologie et l'histologie; 4° Les candidats pourvus de 16 ins-

Concours Vulfranc-Gerdy. — M. Boutarel reçoit une récompense de 500 fr. M. Lamarque obtient pareil témoignage de satisfaction.

Prix Ernest Godard (1,000 fr.). — Prix, MM. les docteurs Lecorché et Talamon.

Mentions honorables : MM. les docteurs Bertrand et Fontan, de Toulon; Kelsch, Vaillard, Marfang et Pichon, de Paris.

Prix de l'Hygiène de l'Enfance (1,000 fr.). — Il n'y a pas lieu de décerner le prix. Une somme de 400 fr. est accordée à M. le docteur Dauchez, de Paris.

Prix Itard (2,700 fr.). — L'Académie décerne :

1° Un prix de 1,700 fr. à M. le docteur Louis Julien, de Paris;

2° Une mention honorable avec 500 fr. à M. le docteur Duflocq, de Paris;

3° Une mention honorable avec 500 fr. à MM. les docteurs de Saint-Germain et Valude.

Prix Laval (1,000 fr.), décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. — Le prix est décerné à M. Eugène Foveau, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Meynot (2,600 fr.). — « Maladies de l'oreille. » — L'Académie décerne :

1° Un prix de 2,000 fr. à M. le docteur Chatelier de Paris;

2° Un prix de 600 fr. à M. le docteur Ricard, de Paris.

Prix Monbinné (1,500 fr.). — Le prix est décerné à M. le professeur Leloir (Lille).

L'Académie accorde en outre des mentions honorables à MM. les docteurs Filleau, Léon Petit (Paris), Bournet (Amplepluis), Bordas (Paris).

Prix Orfila (4,000 fr.). — « Le venin de la vipère. » — L'Académie de médecine décerne le prix à M. Maurice Kauffmann; une mention honorable a été accordée à M. le docteur Barbancey.

Prix Oulmont (1,000 fr.). — M. Girode, interne à l'hôpital Saint-Louis.

Prix Pourat (900 fr.). — Le prix n'est pas décerné. L'Académie accorde les récompenses suivantes :

1° 600 francs, à M. le docteur Gley, de Paris;

2° 300 francs, à M. le docteur Albert René, de Nancy.

Prix Saint-Paul (25,000 fr.). — Fondé en faveur de la personne, sans distinction de nationalité, ni de profession, qui aurait trouvé, la première, un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la diphtérie.

Vingt-huit ouvrages ont été présentés. Le prix n'est pas décerné.

Trois prix d'encouragement de 1,000 fr. chaque sont donnés à

dans la *Lancet* du 3 novembre et à laquelle j'ai répondu dans le numéro suivant du 10 novembre.

Vous regretterez certainement d'avoir accueilli et commenté d'une façon absolument erronée l'attaque injuste et déjà ancienne, d'ailleurs, de M. Pavy, et formulée en termes regrettables en ce qui me concerne, et de ne l'avoir pas fait suivre de la réfutation que j'y ai opposée immédiatement.

Je vous demande, en conséquence, l'insertion de la lettre suivante, publiée par la *Lancet* du 10 novembre dernier, à ma requête.

« Monsieur le rédacteur en chef de la *Lancet*,

Le dernier numéro de votre estimable journal renferme une lettre du Dr Pavy dans laquelle il donne son opinion sur la saccharine. Comme mon nom y a été prononcé, je demande à expliquer brièvement les faits qui me concernent.

Etant à Londres au mois de juin dernier, je fis visite à M. Pavy, que j'avais déjà eu l'honneur de voir chez lui antérieurement. Nous avons causé du diabète, maladie qu'il a beaucoup étudiée. Il voulut bien me faire connaître de nouveaux procédés d'analyse d'urine et quelques préparations alimentaires récemment employées par lui dans le régime des diabétiques. En le quittant, je lui demandai comment il se trouvait de l'emploi de la saccharine. Quelques jours auparavant je lui avais envoyé la notice que j'avais lue à l'Académie de médecine, et qui indiquait les résultats défavorables que j'avais obtenus de l'emploi de cette substance.

Il me répondit en anglais et j'ai compris qu'il me disait qu'il la faisait prendre à ses malades quand ils la supportaient bien, et qu'il leur disait de la cesser quand ils ne la toléraient pas, ajoutant que les diabétiques se passent facilement d'aliments sucrés quand ils en ont perdu l'habitude (1).

J'emportais de toutes façons l'impression que le fait pour une substance de ne pas être tolérée par l'estomac impliquait des troubles digestifs ou dyspeptiques et que M. Pavy avait été obligé de suspendre l'emploi de la saccharine chez un certain nombre de ses patients, exactement comme j'avais dû le faire.

De retour à Paris et à l'occasion d'une discussion sur la saccharine, je rappelai incidemment les troubles dyspeptiques que j'avais observés en pareil cas et je me fis un plaisir de citer le nom de

(1) Dans sa lettre à la *Lancet*, M. Pavy dit bien que je lui ai posé cette question ; mais il omet de dire ce qu'il a répondu. C'est précisément à sa réponse verbale que j'ai fait allusion à l'Académie ; sa réponse écrite, différant de celle-ci, est postérieure de 15 jours à cet incident.

M. Pavy, et de rappeler l'accueil courtois qu'il m'avait fait à Londres.

La façon dont je me suis exprimé sur M. Pavy à l'Académie démontre outre mesure que je ne pouvais penser qu'à lui être agréable; d'autre part, le fait de lui avoir envoyé avec ma carte le numéro du *Bulletin de l'Académie*, où mention était faite de notre entretien, prouve avec la dernière évidence que je me figurais avoir exprimé fidèlement son opinion (1).

C'est ultérieurement à cette communication que M. Pavy m'écrivit pour spécifier les inconvénients de la saccharine qu'il avait observés et qui auraient consisté dans la persistance d'un goût sucré et désagréable, mais disant que d'ailleurs il était satisfait de son administration.

Je m'empressai dès la prochaine séance de l'Académie de faire, à l'occasion du procès-verbal, une remarque explicative qui figure en ces termes dans le bulletin du 17 juillet :

« Dans le cours de la séance du 3 juin, et à l'occasion de la communication si intéressante de notre collègue, M. Dujardin-Beaumetz, sur la saccharine, j'ai dit incidemment que le Dr Pavy, que je venais de voir à Londres, avait observé, comme moi, des troubles dyspeptiques chez quelques personnes diabétiques qui faisaient usage de cette substance. J'avais eu soin d'envoyer à notre savant confrère le *Bulletin de l'Académie* qui reproduisait cette mention sous la forme où elle m'avait paru répondre à sa pensée, formulée rapidement dans une langue étrangère. M. le Dr Pavy, en réponse à cette communication, m'exprime le désir de voir spécifier la nature des troubles qu'il a observés quelquefois : ils ont consisté en un goût désagréable laissé par la saccharine, ou une saveur sucrée persistante de la bouche.

Il pense que le terme de *troubles dyspeptiques* est à peine applicable à ce genre de manifestations et reste favorable à l'emploi de la saccharine quand elle est bien tolérée. Je m'empresse de déférer au désir de M. le Dr Pavy quant à la qualification à donner à ce genre de phénomènes désagréables déterminés par l'usage de la saccharine.»

Depuis lors je n'ai eu l'occasion ni d'écrire, ni de parler de la saccharine et je n'ai pas besoin de dire que je suis absolument étranger à ce qui a pu se dire ou s'écrire d'erroné dans tel ou tel journal qui a pu justement déplaire à M. Pavy.

Je dois, avant de terminer cette lettre, dire que la saccharine n'a pas toujours donné en France des résultats satisfaisants. Le Comité

(1) M. Pavy dit dans sa lettre : « Le *Bulletin de l'Académie* m'est parvenu. » Il néglige de dire qu'il l'a reçu par mon entremise.

d'hygiène, présidé par le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de Paris, a fait paraître un rapport important sur cette question et qui met en relief les inconvénients de la saccharine.

Dr Worms.

Je n'ajouterai que quelques mots à cette réclamation. La simple lecture du *Bulletin de l'Académie* des 10 et 17 juillet vous eut prémuni contre les assertions hasardées contenues dans les commentaires de l'article paru dans la *France médicale*. D'autre part, la lecture de la lettre de M. Pavy, dont vous supprimez le passage final, vous eut *éclairé* sur bien des points. M. Pavy et les rédacteurs de la *Lancet* avec lui suspectent l'existence en France *d'un motif* puissant pour déprécier « *la grande acquisition* ».

A une telle imputation, nous répondrons sans hésiter, qu'il n'existe en France dans cette question grave *d'autre motif* pui[...] pour déconseiller l'emploi de la saccharine que le double so[...] la santé publique et des intérêts vitaux de notre agriculture, [...]cées par l'introduction d'une substance indigeste et malsaine (1) reconnu par nos plus hautes autorités scientifiques.

Veuillez agréer, etc.

Dr Worms.

NÉCROLOGIE

Le Dr Cavalier, de Montpellier, reçu en 1852.
Le Dr Donnezan (Charles), de Perpignan, reçu en 1864.
Le Dr Charée (H.), de Neufchâteau (Vosges), reçu en 1852.
Le Dr Maydieu, de Saint-Sylvestre (Lot-et-Garonne).

(1) Voir le rapport du Comité d'hygiène. Un décret vient de prohiber l'[...]duction de la saccharine en France. (Note de la R.).

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3

35e Année. — Tome II. N° 146 Jeudi 13 Décembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 12 *décembre* 1888.

L'Académie de médecine a tenu hier, sous la présidence de M. Hérard, sa séance publique annuelle de distribution de prix. M. le professeur Proust, qui depuis six ans remplit avec tant de distinction les fonctions de secrétaire annuel, a rappelé les deuils que l'Académie avait eu à subir pendant les six années de son secrétariat.

L'Académie a perdu pendant cette période trente et un de ses membres, parmi lesquels Pidoux, Davaisne, Cloquet, Depaul, Parrot, Lasègue, Dumas, Wurtz, Fauvel, Noël Gueneau de Mussy, H. Milne-Edwards, Jules Guérin, Dechambre, Bouchardat, Béclard, Gosselin et Vulpian. La froide statistique montre que si la mortalité continuait à sévir sur l'Académie dans les mêmes proportions, cette assemblée serait entièrement renouvelée dans l'espace de quinze à dix-huit ans.

M. Proust laisse heureusement ces idées lugubres pour souhaiter la bienvenue aux membres élus cette année : MM. d'Arsonval, Magitot, Moissan et Damaschino.

Après le rapport de M. Proust, M. le Président a proclamé les résultats des concours de 1888, puis il a lu la liste des prix proposés pour les années 1889, 1890, 1891. Nous reproduisons plus loin ces résultats.

La séance s'est terminée par la lecture par M. J. Bergeron, secrétaire perpétuel, de l'éloge de Mêlier. L'Académie et le public ont fait à cet éloge l'accueil tout à fait sympathique que méritent toujours les discours de M. Bergeron. A. Ch.

IV. *Suppuration abondante*, trop abondante pour se dessécher en croûte.	IV. Lésion presque constamment *croûteuse*.
V. Bords nettement *entaillés*, quelquefois à pic, rappelant ceux du chancre simple.	V. Bords non entaillés, peu élevés, jamais à pic, se raccordant en pente douce avec le fond de la lésion.
VI. Fond anfractueux, inégal, de mauvais aspect, quelquefois pultacé ou sphacélique.	VI. Fond lisse, uni.
VII. Base dure, mais d'une *dureté inflammatoire*, empâtée, œdémateuse.	VII. Base présentant une *induration spéciale*, spéciale par sa circonscription, spéciale surtout par sa résistance sèche, élastique, parcheminée (induration chancreuse proprement dite).
VIII. *Aréole très accentuée*, inflammatoire, rouge, érysipélateuse, quelquefois très étendue.	VIII. Aréole minime relativement, moins inflammatoire, souvent inappréciable.
IX. Ou bien, nul retentissement ganglionnaire ; — ou bien adénopathie de caractère inflammatoire.	IX. *Adénopathie constante* ; — et adénopathie *spéciale*, à ganglions aphlegmasiques, indolents et durs.
X. Complications fréquentes : angéioleucite, phlegmon, érysipèle, accidents fébriles, etc.	X. Complications très rares.

Second problème : *Différencier de la syphilis vaccinale les éruptions secondaires de la vaccine.*

C'est un fait actuellement bien connu que la vaccine est susceptible de déterminer à sa suite des éruptions diverses.

Ces éruptions se divisent très naturellement en deux groupes de la façon suivante :

1° Les unes, éruptions vaccinales proprement dites, consistent en la production de véritables *boutons vaccinaux*, se développant en dehors des points piqués par la lancette, mais identiques aux boutons vaccinaux qui ont succédé sur place aux inoculations du vaccin.

C'est là ce qu'on appelle *vaccine surnuméraire*, ou bien encore *vaccine généralisée* alors que l'éruption affecte une véritable dissémination.

2° Le second groupe comprend des éruptions tout à fait différentes dermatologiquement de la vaccine, lesquelles se produisent sous forme d'exanthèmes d'ailleurs assez variables de caractères (exanthèmes rubéoliques, morbilleux, scarlatiniformes, etc.).

35e Année. — Tome II. N° 147 Samedi 15 Décembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. LE PROFESSEUR FOURNIER.

Syphilis vaccinale. — Diagnostic différentiel.

Leçons recueillies par le Dr Paul PORTALIER.

(*Suite*) (1).

Un troisième problème nous reste à résoudre, et celui-ci bien plus important encore que les deux qui précèdent, bien plus essentiel pour la pratique.

Il se pose ainsi : *Différencier de la syphilis vaccinale toute syphilis qui, indépendante du vaccin comme origine, viendrait par aventure à entrer en scène à la suite de l'inoculation vaccinale.*

Précisons le cas par un exemple, et choisissons cet exemple dans l'ordre des faits qui sont le plus souvent observés en pratique.

Un enfant naît de parents syphilitiques, et naturellement est destiné à présenter dans un avenir prochain des accidents de syphilis héréditaire. On le vaccine, mettons à l'âge de quinze jours. Et voici que huit, quinze jours, quelques semaines après cette vaccination, des manifestations de syphilis se produisent sur lui.

Surgit alors, ou peut surgir alors la question de savoir si ces manifestations sont imputables à une infection syphilitique par le vaccin ou bien ne sont que le résultat d'une infection héréditaire. Voilà le problème.

Eh bien, ce problème, Messieurs, ne croyez pas qu'il se présente en pratique à l'état d'une éventualité exceptionnelle. Loin de là. Il s'impose au médecin plus souvent qu'on ne le supposerait *a priori*. Et cela, pour une double raison : parce que, d'abord, les enfants hérédo-syphilitiques ne sont pas rares, tant s'en faut, et que ces enfants, comme tous les autres, sont appelés à subir l'inoculation vaccinale peu de temps après leur naissance, c'est-à-dire peu de temps avant l'entrée en scène des manifestations spécifiques de leur infec-

(1) Voir *France médicale*, n. 145 et 146.

tion héréditaire ; — et, en second lieu, parce que très habitnels sont les cas où l'on n'est pas éclairé sur l'état hérédo-syphilitique de ces enfants par les aveux de leur famille. Cette famille, d'ailleurs, peut être éloignée (nourrissons envoyés en province) ; — elle peut ne pas exister (enfants dits *assistés*) ; — elle peut ou ignorer de bonne foi ou dissimuler à dessein son état de syphilis, etc., etc.

Aussi bien trouverez-vous dans la science quantité de cas où des syphilis incontestablement héréditaires ont pu, pour une raison ou pour une autre, donner le change, c'est-à-dire être indûment rapportées à une infection vaccino-syphilitique, et cela toujours pour le même motif, à savoir : parce que lesdites syphilis étaient entrées en évolution apparente peu de temps à la suite d'une vaccination. Ce n'est que justice d'ajouter, il est vrai, que la plupart de ces observations remontent à une époque déjà plus ou moins ancienne, où les lois de l'évolution syphilitique n'étaient pas encore déterminées et connues comme elles le sont de nos jours.

Notons, en plus, une considération d'un autre genre. C'est que la syphilis congénitale ne fait pas que succéder éventuellement au vaccin ; parfois elle semble influencée, incitée par lui, comme s'il lui servait de provocation occasionnelle à précipiter ou multiplier ses manifestations. Pour certains auteurs, qui ont relaté des cas de cet ordre, la vaccine, en raison de la modification générale qu'elle imprimerait à l'organisme, serait capable de hâter l'éclosion d'une syphilis héréditaire latente, et de provoquer des manifestations qui, sans elle, ne se seraient pas produites ou ne se seraient produites que plus tardivement. En un mot, la vaccine jouerait le rôle d'un « coup de fouet » sur la syphilis héréditaire pour en activer l'explosion ou exagérer l'intensité de ses accidents. Elle ferait pour la syphilis ce qu'elle a fait pour d'autres maladies, notamment pour certaines dermatoses (eczéma, psoriasis, urticaire, pemphigus, etc.), dont elle éveille ou réveille les manifestations propres.

A l'appui de cette opinion, on a cité un certain nombre de faits dans lesquels la vaccine ou bien aurait précédé à courte échéance l'explosion d'accidents d'hérédo-syphilis, ou bien seraient devenus l'occasion, la raison peut-être même, d'accidents graves, malins, voire mortels. C'est ainsi, par exemple, que quelques observations de Friedenger, Pitton, Viennois, etc., sont relatives à des enfants hérédo-syphilitiques qui, consécutivement à la vaccination, présentèrent aussitôt, dit-on, des accidents d'ordre spécifique, et parfois même des accidents d'une malignité réelle (syphilides pustuleuses, syphilides bulleuses, troubles graves de l'état général), auxquels ils succombèrent rapidement.

Quels qu'ils soient, Messieurs, tous les faits qui précèdent abou-

tissent à ceci, pour la question qui nous occupe actuellement : invasion d'accidents de syphilis consécutivement à la vaccine. Et tous soulèvent ce même problème, à savoir : Quelle est la raison de ces accidents? Quelle en est l'origine? Ces accidents dérivent-ils d'une syphilis étrangère à la vaccine, syphilis entrant en évolution à la suite de la vaccine sans relation de causalité avec elle, ou bien sont-ils le produit d'une syphilis vaccinale ?

Ce problème, inutile de dire comment et à quel titre il intéresse notre responsabilité, puisque, derrière le vaccin qu'on accuse d'avoir transmis l'infection, il y a le médecin qui se trouve mis en cause. Voyons donc de quels éléments diagnostiques nous disposons en l'espèce pour juger la question.

Un critérium formel nous est offert ici par les deux considérations que voici :

1° Absence ou présence du chancre vaccinal ;

2° Evolution morbide.

Précisons la signification et la valeur de ces deux éléments diagnostiques.

I. — Pour toute syphilis d'origine vaccinale, exorde constant, nécessaire, par l'accident tout spécial que nous avons décrit précédemment sous le nom de *chancre vaccinal* ; — inversement, dans toute syphilis héréditaire, absence de tout accident pouvant être considéré comme un chancre, notamment comme un chancre vaccinal. Tel est le signe par excellence à consulter pour la question qui nous occupe, telle est la base même du diagnostic différentiel.

Et, en effet, la syphilis qui a son origine dans une vaccination malheureuse, c'est-à-dire dans un vaccin infectieux, reconnaît invariablement, fatalement, comme accident primitif, initial, un chancre développé *in situ*, sur l'une — ou sur plusieurs, n'importe — des piqûres vaccinales.

Rappelez-vous les faits nombreux dont je vous ai entretenus jusqu'ici. Toujours, sans exception aucune, l'affection a procédé suivant le schéma que voici : vaccination ; — production ou non-production de la vaccine ; — puis, trois, quatre, cinq semaines au delà de l'inoculation, apparition et développement, au niveau même d'une ou de plusieurs des piqûres, d'un accident tout spécial, spécial par ses caractères objectifs, spécial par l'induration de sa base, spécial par son adénopathie satellite, en un mot, accident constituant un véritable CHANCRE.

Donc, toute syphilis vaccinale — je le répète et ne crains pas de le répéter encore, tant cette considération est majeure, capitale en l'espèce — reconnaît obligatoirement comme exorde un *chancre*, dé-

veloppé au siège même d'une ou de plusieurs des inoculations vaccinales.

Tout au contraire, *la syphilis héréditaire ne débute jamais par un chancre*. Le chancre est pour elle un accident qui n'a pas sa raison d'être, qui n'existe pas. J'en appelle à vos souvenirs, relativement aux cas d'hérédo-syphilis qui défilent ici sous vos yeux en si grand nombre. Est-ce que jamais vous avez constaté le chancre comme manifestation d'une hérédo-syphilis ? Pas une fois, pas une seule fois, et pour cause. C'est qu'il n'existe jamais de chancre en tant que manifestation de syphilis héréditaire. L'hérédo-syphilis n'a pas de période primaire. D'emblée elle débute par des accidents de l'ordre de ceux qu'on appelle les accidents généraux, les accidents constitutionnels de la syphilis, à savoir : par des lésions secondaires ou tertiaires, telles que des syphilides cutanées ou muqueuses, des ostéopathies de diverses formes, des gommes, des lésions viscérales, etc.

Voyez donc quelle différence, relativement au mode de début, d'invasion, relativement à la *qualité* des symptômes initiaux, si je puis ainsi parler, entre la syphilis vaccinale et la syphilis héréditaire. Et jugez si nous ne possédons pas là un critérium non moins simple que formel entre ces deux ordres de syphilis.

De la théorie voulez-vous que maintenant nous passions à la pratique ? Soit ! Prenons comme exemple un enfant affecté de symptômes non douteux de syphilis. Cet enfant a été vacciné, je suppose, quelque temps avant l'invasion de ses premiers accidents spécifiques, et vous vous demandez ou l'on vous demande si cette syphilis ne provient pas du vaccin.

Eh bien, pour résoudre ce problème, vous commencerez, si vous voulez m'en croire, par rechercher le chancre vaccinal, car la découverte de ce chancre, aussi bien d'ailleurs que la constatation de sa non-existence, sera pour vous le critérium par excellence, sera la solution même que vous poursuivez.

Donc, avant tout, *cherchez le chancre*. Examinez les bras ; voyez si vous trouvez là, au niveau des piqûres vaccinales, soit une lésion qui réponde au type classique du chancre, soit (au cas où le chancre aurait eu le temps déjà de guérir) les vestiges d'un chancre, sous forme d'une macule à base rénitente. — Examinez aussi les aisselles, pour interroger les ganglions, c'est-à-dire pour trouver là, s'il y a lieu, le *bubon satellite*, lequel toujours survit au chancre (dans l'aisselle comme ailleurs) pour un temps plus ou moins long, et suffit souvent à attester le chancre alors qu'il n'existe plus. — D'autre part, ne négligez pas non plus, pour ne rien oublier de ce qui pourrait vous éclairer dans cette recherche du chancre, de remonter dans les antécédents. Faites-vous raconter l'histoire de cette vacci-

nation suspecte. Quelle marche a suivi la vaccine ? Combien de temps a-t-elle duré ? A-t-elle paru se prolonger au delà de son terme usuel ? A-t-elle paru se développer en deux temps, c'est-à-dire renaître, se reconstituer après la chute des premières croûtes, mode d'évolution qu'affecte parfois, vous le savez, la syphilis vaccinale ? En un mot, essayez de reconstituer, si besoin est, toute la scène morbide de cette vaccine suspecte, afin de ne pas courir le risque d'y laisser inaperçu le passage d'un chancre.

De cette enquête résultera forcément, nécessairement, pour vous, une constatation positive ou négative. En d'autres termes, de deux choses l'une :

Ou bien votre examen vous aura conduit à la conviction que, de par tels ou tels signes, un chancre s'est produit, a dû se produire, consécutivement à la vaccine, au niveau d'une ou de plusieurs des piqûres vaccinales. Et, d'après cela, vous serez autorisés à conclure à l'existence d'une syphilis d'origine vaccinale.

Ou bien il demeurera constant pour vous que rien ne permet de soupçonner l'existence actuelle ou antérieure d'un chancre vaccinal. Et, dans ce cas, vous vous prononcerez non moins légitimement contre l'origine vaccinale de la syphilis en litige.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 *décembre* 1888. — *Présidence de* M. POLAILLON.

KYSTES A GRAINS RIZIFORMES. — M. *Reynier* présente une pièce provenant d'un cobaye auquel il a injecté le produit d'un kyste à grains riziformes. L'animal est mort d'une tuberculose généralisée et on a trouvé, à l'endroit même de l'injection, des bacilles qui n'avaient pu être découverts à l'examen des grains. M. Terrillon a rapporté un exemple analogue dans lequel l'inoculation avait pu déceler ce que la coupe histologique n'avait pu à elle seule faire découvrir.

TRAITEMENT DES SALPINGITES. — M. *Quénu* veut d'abord combattre la pathogénie émise dans la dernière séance par M. Lucas-Championnière qui pense que les lymphangites sont les seules causes de la maladie des annexes de l'utérus. Sans parler même des lésions bilatérales, il faudrait écarter d'abord toutes les maladies du col, comme capables de produire une inflammation des annexes, car les lymphatiques de cette partie se rendent aux ganglions sacrés ou à cet unique ganglion situé à l'union du vagin et de l'utérus. De plus, dans des pièces injectées par M. Poirier, on voit nettement les

vaisseaux lymphatiques passer loin de l'oviducte à l'exception d'un seul qui se rend dans l'aileron moyen. Il faudrait donc que l'aileron moyen fut toujours enflammé dans les cas de salpingite, ce qui n'existe pas, et ensuite les lymphatiques siégeant dans l'épaisseur même des parties, il devrait y avoir toujours des abcès interstitiels, ce qui ne se rencontre encore pas.

La doctrine de la propagation explique mieux les faits ; elle est admise pour les autres régions et doit l'être pour les trompes, puisque dans les cas de métrite infectieuse on a rencontré des éléments septiques dans les oviductes.

On pourrait cependant admettre une propagation par les lymphatiques dans les cas où trompes et ovaires sont pris en même temps; la transmission se ferait alors par le lymphatique de la trompe d'Eustache, qui arrive jusqu'à l'ovaire pour se jeter dans le grand plexus sous-ovarique.

M. Quénu ne pense pas qu'il faille toujours opérer quand on se trouve en face de douleurs très pénibles et persistantes. Sur 17 malades qu'il a traitées, il n'en a opéré que 6 et a guéri les autres par un traitement approprié. Les 5 opérations ont donné 5 succès. Dans quatre cas il a enlevé les annexes, et dans un cas il s'est borné à l'ouverture d'un abcès.

L'hémorrhagie ne lui paraît pas devoir occasionner des craintes au chirurgien et il préfère ne pas employer le thermo-cautère. Il n'a pas fait le lavage du péritoine ; mais s'est bien trouvé du drainage, car une fois il a eu un écoulement d'odeur fécaloïde qui, ne pouvant se faire, aurait occasionné des accidents. Une seule fois il a eu des hémorrhagies supplémentaires.

M. Richelot a fait six laparatomies pour salpingite et a eu malheureusement deux cas de tétanos qui sont survenus chez des malades guéries de leur opération. Sauf cela il n'a observé aucun accident. Il pense comme M. Championnière que la dénomination de salpingite est trop restreinte ; car il a, comme tous nos confrères, trouvé des kystes,des abcès rétro-utérins et des altérations de toutes les annexes à la fois. Au point de vue de la pathogénie, la propagation par la muqueuse doit être admise ; mais sans exclure la lymphangite. Le diagnostic est fort difficile et manque souvent de précision. C'est ainsi que sur deux malades qu'il ne voulait pas déflorer il a dû se contenter d'un examen sommaire et chez l'une d'elles la laparotomie n'a été qu'exploratrice, les annexes étant saines. Une fois seulement, il a pratiqué le drainage et pense qu'il y a des cas où il est légitime. Quant à ce qui est de l'intervention pendant les règles, il n'en est pas partisan et s'en est fort mal trouvé dans un cas. La suture de la paroi doit être à trois étages ; il a adopté cette

manière de faire depuis un an et les résultats lui permettent de croire que l'éventration consécutive peut être ainsi évitée.

Gastrostomie. — Digestion de la paroi abdominale par le suc gastrique. — M. *Terrillon* lit un rapport sur une observation de M. Tuffier ayant trait à un homme de 44 ans, atteint de rétrécissement de l'œsophage, pour lequel la gastrostomie fut pratiquée. L'opération se fit très simplement ; mais huit jours après l'épiderme commença à s'ulcérer ainsi que la muqueuse ; la sonde devint libre dans la plaie et le suc gastrique continua à agrandir la bouche stomacale.

M. Terrillon rapproche cette observation de celle qu'il a, il y a quelque temps, communiquée à la Société de chirurgie. Aujourd'hui son opéré va bien. L'obturateur a d'abord arrêté l'écoulement du suc gastrique par la plaie ; le rétrécissement a été dilaté et il ne reste plus aujourd'hui sur la paroi abdominale qu'une fistulette. A quoi faut-il attribuer ces accidents particuliers ?

Doit-on incriminer la grandeur de la plaie ? la sonde elle-même ? Non, puisque dans les mêmes conditions cette digestion des parois ne s'effectue pas toujours. Doit-on incriminer la situation au niveau de la grande courbure de la plaie stomacale ? Non, puisque M. Tuffier a pu contrôler par l'autopsie la situation de l'ouverture de l'estomac et qu'elle était placée bien au-dessus du bord inférieur. Reste l'extrême acidité du suc gastrique. Ce dernier examiné chez le malade de M. Terrillon par MM. Dujardin-Beaumetz et Gauthier a été trouvé hyperchlorhydrique et ce traitement alcalin combiné avec des topiques de même nature a enrayé cette ulcération toujours croissante. Donc quand une plaie de gastrostomie présentera des tendances à l'auto-digestion il faudra la panser avec de la craie préparée et instituer un traitement interne alcalin.

M. *Sée* pense que le manuel opératoire peut être pour quelque chose dans cette auto-digestion, le suc gastrique pouvant dans certains cas arriver sur une surface sanglante et l'ulcérer ; tandis qu'en faisant bien la suture et en renversant en quelque sorte la muqueuse en dehors on pourrait éviter les accidents.

M. *Polaillon* a fait plusieurs fois la gastrostomie, a pris soin de faire exactement la suture, comme le dit M. Sée, n'a même ouvert l'estomac qu'une fois cette suture faite et encore avec le thermocautère et il a cependant vu dans un cas le suc gastrique digérer les bords de sa plaie.

M. *Guéniot* demande à M. Terrillon comment se comportent les digestions avec cette excessive acidité.

M. *Terrillon* n'a rien remarqué de particulier dans les digestions. Quant à l'objection de M. Sée, la date de l'apparition des accidents,

sept à huit jours après l'ouverture de l'estomac, prouve bien qu'il n'y a là qu'une condition particulière du suc gastrique suracidifié. Du reste ces accidents sont assez rares et ne sont pas les compagnons habituels de la gastrostomie.

Lecture. — M. *Auffret* (de Brest) lit une observation de gastrostomie, une observation de hernie inguinale étranglée chez un enfant de 20 jours et un travail sur 5 amputations du pied, 4 amputations tibio-tarsiennes et 1 sous-astragalienne.

M. *Nimier* lit un travail sur l'effet du bruit du tir sur l'ouïe.

M. *Chavasse* lit une observation de kyste rétromalléolaire externe.

Bazy.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS.

Séance du 28 juin 1888. — Présidence de M. Bouchard.

M. Dardel lit au nom de *M. Rendu* une observation de kystes hydatiques généralisés. (Voir *France médicale*, n° 82.)

M. Bouchard. — Il me semble difficile de penser qu'un kyste hydatique du foie qui ne s'est jamais rompu puisse être le point de départ d'une généralisation secondaire ; il serait plus vraisemblable d'admettre la généralisation primitive des kystes.

M. Chipault lit une observation de fracture de la clavicule guérie sans déplacement par un simple appareil en huit de chiffre. (Voir *France médicale*, n° 81.)

Les Secrétaires des séances,
A. Gilbert, M. Lebreton.

BIBLIOGRAPHIE.

Climatothérapie, par le Dr *Hermann Weber*; traduit de l'allemand par les Drs *A. Doyon* et *P. Spillmann*. Édition française revue par l'auteur. (1886, in-8, 300 pages, Félix Alcan, éditeur.)

L'importance et le nombre des travaux publiés depuis quelques années sur le traitement hygiénique des maladies, surtout sur l'action des climats, montrent la place qu'occupe la climatologie en thérapeutique. Il est juste de dire que la plupart de ces travaux sont trop spécialisés et ne concernent qu'une région plus ou moins limitée, voire une localité de notre pays, ou encore sont trop étendus. Aussi MM. Doyon et Spillmann ont-ils cru devoir présenter en France l'ouvrage du Dr H. Weber qui résume les recherches faites depuis quelques années sur l'action des climats et qui surtout nous présente

sous une forme nette et concise les conditions de ce problème complexe de thérapeutique, à savoir comment un malade doit se servir d'un climat pour en retirer les avantages qu'il lui demande. Le principe du traitement climatothérapique, comme le dit le Dr H. Weber « consiste à placer les malades dans un climat auquel manquent les influences de certaines saisons qui leur sont nuisibles, et où dominent les influences qui leur sont favorables. »

L'ouvrage se divise très naturellement en quatre parties.

La première partie est pour ainsi dire un chapitre de météorologie médicale ; on y étudie les éléments isolés ou facteurs des climats, la composition de l'air, la distribution de la température, les causes qui la font varier et son action sur l'organisme, puis l'influence de l'humidité, de la lumière solaire, de la pression barométrique et des vents locaux. L'électricité constitue un facteur important mais sur l'influence de laquelle on ne sait rien de précis. Le groupement de tous ces éléments constitue le climat dont le caractère se modifie par une foule d'influences locales plus ou moins importantes telles que le voisinage de la mer, des eaux intérieures, de la configuration et de la constitution du sol, de son revêtement par les forêts, prairies, marécages.

Dans la deuxième partie, l'auteur étudie les climats ; laissant de côté les divisions suivant les zones qui ne tiennent compte que de la température et négligent les autres éléments, il adopte deux grandes divisions : 1° les climats maritimes (îles et côtes) ; 2° les climats intérieurs ou continentaux, quitte à établir des groupes déterminés par leurs caractères géographiques et physiques. Les climats maritimes se distinguent suivant qu'ils sont humides ou secs, chauds ou tempérés. La combinaison de ces deux éléments : hygrométrie et température, fournit la base de la classification des climats marins. Les climats continentaux ou éloignés de la mer se distinguent naturellement suivant qu'il s'agit de plaines ou de montagnes. Après avoir signalé les effets physiologiques de ces climats, le Dr Weber nous fait parcourir les diverses stations, donnant des renseignements précis sur leurs éléments climatothérapiques et sur leurs indications. Chacune des courtes notices consacrées aux stations les plus variées du globe, porte la marque de l'expérience personnelle de l'auteur qui a visité bon nombre de ces stations et qui a suivi dans beaucoup de cas les résultats d'un traitement par les climats. Le traitement de la phthisie par les climats d'altitude est traité avec le développement que comporte une question à l'ordre du jour. A ce propos, MM. Doyon et Spillmann font remarquer avec raison que si en France on use largement des avantages que présente le littoral de la Méditerranée, on n'est pas encore bien familiarisé avec les conditions que doivent

remplir les stations d'été, de printemps et d'automne, et qu'on n'a pas encore utilisé à ce point de vue les ressources que pourrait offrir mainte station des Alpes, des Pyrénées et de l'Auvergne. Encore moins a-t-on songé à trouver dans nos montagnes une station d'hiver où, comme à Saint-Moritz ou à Davos, les phthisiques pourraient passer leur hiver à 1.500 mètres d'altitude et plus.

La troisième partie de l'ouvrage traite des indications et du mode d'emploi des sanatoria dans le traitement climatérique de certaines dispositions et de certains états pathologiques. Elle contient la réponse à faire au malade qui demande où il peut passer favorablement telle saison pour sa santé. Il est peu de prescriptions plus délicates à formuler, car il faut bien tenir compte de tous les éléments morbides réunis chez le même malade. Tel phthisique qui présente de l'inappétence, du catarrhe intestinal, par exemple, ne retirera pas d'un climat maritime chaud et humide les avantages que peuvent lui donner les régions élevées. Toutes ces indications sont discutées par M. H. Weber avec l'autorité que lui donne une longue expérience.

Enfin pour rester pratique, il est beaucoup de cas où le malade, à cause des frais ou d'autres circonstances, ne peut se déplacer pour profiter des ressources des climats lointains. C'est pour ceux-là que l'auteur a écrit cette page pratique de la *climatothérapie dans le pays natal*. Le procédé consiste à utiliser d'une façon méthodique les ressources du pays natal, à modifier les conditions hygiéniques des habitations, les occupations habituelles, la manière de vivre et, au besoin, à construire des établissements convenablement aménagés et soumis à une direction médicale régulière. Certaines stations valent même plus par ces dernières conditions que par le climat.

En résumé, on voit que, sous sa forme concise, l'ouvrage de M. H. Weber comble une lacune, car le praticien y trouvera rapidement les renseignements les plus utiles sur la climatothérapie, complément indispensable de toute thérapeutique. L. Jumon.

Premiers principes du microscope et de la technique microscopique, par *Fabre-Domergue*. (Asselin et Houzeau, éditeur, Paris 1889.

Ainsi que son titre l'indique, cet ouvrage est destiné aux élèves qui débutent dans la pratique du microscope.

L'auteur a depuis laissé de côté un grand nombre de formules et de procédés qui n'eussent fait qu'embarrasser un débutant et s'est attaché à ne jamais le laisser dans l'indécision au sujet de telle ou telle manipulation.

« L'ordre adopté pour cet ouvrage a été le suivant : dans une première partie est étudié le matériel, c'est-à-dire le microscope et ses

accessoires. L'auteur y examine la question si importante de l'essai du microscope, du choix d'un instrument.

Dans la seconde partie se trouvent réunis tous les principes généraux et techniques groupés en chapitres suivant un ordre rationnel. Dans une troisième et une quatrième parties, le lecteur trouvera réunis : 1° une série d'exercices élémentaires très détaillés qui leur serviront pour ainsi dire d'introduction à l'étude pratique de la technique et que nous l'engageons vivement à répéter par lui-même ; 2° des travaux pratiques d'histologie normale, de cystologie, d'embryologie, de botanique et de bactériologie. ».

Ce dernier chapitre n'est qu'ébauché et comme cela devait être dans ce livre destiné à donner simplement une direction à suivre aux débutants, ne fait qu'indiquer sommairement les principes avec lesquels on peut commencer cette étude si compliquée des infiniment petits.

Bon guide avant tout, ce petit traité élémentaire pourra rendre de grands services aux élèves au début de leurs études.

Nouveaux éléments de pathologie externe publiés par le professeur *A. Bouchard* (de Bordeaux), T. II, fascicule 1er, par MM. Piéchaud, Maurice Denucé et Princeteau. — Asselin et Houzeau, édit. Paris, 1888.

Ce premier fascicule inaugure l'étude des maladies des régions. Il contient la pathologie de la tête, de la face et du cou. Nous ne pouvons, on le comprend facilement, analyser cet ouvrage didactique, il nous suffira de dire que nous y avons retrouvé les mêmes qualités de concision, de clarté que nous avons signalées dans le premier volume.

Les auteurs ont su garder à l'ouvrage toute son unité, et s'il n'était donné comme le résultat d'une collaboration, il serait difficile de le reconnaître en le lisant.

Une habile direction a su réserver à chaque partie une importance égale, et nous ne voyons pas ici ce qui arrive souvent en pareil cas, tel chapitre négligé, aux dépens de tel autre plus étudié avec plus d'étendue par son auteur ; défaut qui donne à de tels ouvrages l'apparence d'une réunion de monographies plutôt que d'un traité de pathologie.

La rapidité avec laquelle se succèdent les fascicules du livre est un sûr garant de sa terminaison prompte et en fera un ouvrage dans toutes ses parties au courant de la science ; les premiers chapitres n'en seront pas déjà oubliés lorsque paraîtront les derniers. Que d'auteurs n'en peuvent espérer autant de leurs ouvrages, trop lents à voir le jour ! F. Verchère.

NOUVELLES

CONCOURS POUR LES BOURSES DE PHARMACIE. — Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, Vu le règlement du 20 novembre 1879; vu l'arrêt du 2 juillet 1884, arrête : Art 1er. L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu, au siège des écoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mercredi 26 décembre 1888. — Art. 2. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le lundi 17 décembre, à 4 heures. — Art. 3. Sont admis à concourir : 1° les candidats pourvus de quatre, huit ou douze inscriptions, qui auront subi, avec la note « bien », les examens de fin de première et de deuxième année, et l'examen semestriel; 2° les pharmaciens de 1re classe, aspirant au diplôme supérieur. — Art. 4. Les candidats pourvus du grade de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences complet, qui ont été admis à ce grade avec la note « bien », peuvent obtenir sans concours une bourse de première année.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du 2 au 8 décembre* 1888. — Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 4. — Rougeole, 21. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, Croup, 42. — Phthisie pulmonaire, 177. — Autres tuberculoses, 18. — Tumeurs cancéreuses et autres, 47.

Méningite, 25. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 52. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 68.

Bronchite aiguë et chronique, 73. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 89.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 52.

Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 20. — Sénilité, 34. — Suicides et autres morts violentes, 21. — Autres causes de mort, 153. — Causes inconnues, 1.0

Nombre absolu de la semaine : 942. — Résultat de la semaine précédente : 876.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Les parasites de l'homme (animaux et végétaux), par R. MONIEZ, professeur à la Faculté de Lille, Paris, 1889, 1 vol. in-16 de 315 pages, avec 72 figures, 3 fr. 50.

Traité de l'empyème, par L. BOUVERET, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, 1888, 1 vol. in-8° de 900 pages, 12 fr.

La Folie chez les enfants, par le Dr Paul MOREAU, 1 vol. in-16 de 444 pages, 3 fr. 50.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3

7770,6

…te-cinquième année. — Tome II. N° 148. Mardi 18 Décembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
CROSNIER et BABÉ
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France.......... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome II. N° 142 Mardi 18 Décembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Fracture de côte sans apparence de complication; mort subite le 9e jour. — Autopsie : Déchirure de l'artère intercostale; hémothorax par hémorrhagie consécutive dans la cavité pleurale (1).

Par M. H. Barth,
Médecin de l'Hôpital Tenon.

Le nommé J.... (François), âgé de 46 ans, terrassier, entre le 27 avril 1888 dans mon service à l'hôpital Tenon, salle Pidoux, n° 29.

Il raconte que deux jours auparavant, comme il travaillait à charger un tombereau, il a glissé sur le pavé, et est tombé de telle façon que son côté droit a heurté rudement contre l'angle du trottoir. Il a ressenti une vive douleur qui l'a d'abord empêché de respirer; néanmoins il a pu regagner à pied son domicile. Une fois couché, la douleur a disparu, mais elle se réveillait au moindre mouvement et surtout au moindre effort de toux, ce qui décide le malade à se faire soigner à l'hôpital.

A l'en croire, avant cet accident, il était d'une bonne santé; il n'a eu ni rhumatisme, ni syphilis, toutefois depuis plusieurs années il a, comme on dit vulgairement, la poitrine grasse; il tousse et crache beaucoup, surtout à l'automne et en hiver. Cette bronchite habituelle n'a jamais été assez forte pour l'obliger à interrompre son travail.

Le lendemain de son entrée, le 28 avril au matin, J.... présente l'état suivant : facies normal, pas de fièvre, dyspnée très modérée; douleur thoracique à droite, seulement dans les grandes inspirations. A la palpation, il est facile de localiser un point sensible, situé au niveau de la sixième côte droite, à l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen; en cet endroit on constate une légère tuméfaction de la

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

paroi thoracique, dans l'étendue d'une pièce de cinq francs. La pression du doigt, très douloureuse, donne une fine crépitation sanguine, et plus profondément la sensation d'une inégalité sur le trajet de la côte; si on fait tousser le malade, la main étant appliquée sur ce point du thorax, on perçoit nettement le phénomène de la crépitation osseuse, qui ne laisse aucun doute sur l'existence d'une fracture de côte.

La toux, assez fréquente, est accompagnée d'une expectoration muco-purulente sans aucun mélange de sang. Le malade assure qu'il toussait et crachait de la même manière avant l'accident. L'examen du thorax ne révèle absolument que des signes de bronchite : sonorité légèrement emphysémateuse, sous les clavicules et aux bases, respiration sibilante, râles sous-crépitants gros et moyens disséminés dans toute l'étendue des deux poumons. A la base droite, au niveau de la fracture de côte, il n'existe aucun signe d'épanchement pleural, ni de pneumo-thorax.

On diagnostique une fracture simple de la sixième côte, avec bosse sanguine, sans autre complication. Pour tout traitement on se borne à appliquer un bandage contentif de diachylon et à prescrire une potion kermétisée.

Le lendemain 29 avril, le malade se trouve assez bien, quoiqu'il ait beaucoup toussé pendant la nuit; la dyspnée est presque nulle; l'appétit, très diminué depuis l'accident, tend à revenir.

Les jours suivants, l'état semble le même; il y a toujours beaucoup de toux, sans modification des crachats; le point de côté persiste; sonorité légèrement diminuée à la base droite, où l'oreille perçoit quelques frottements pleurétiques. — Fièvre nulle.

Le 5 mai au matin, un nouvel examen de la poitrine donne encore les mêmes résultats : râles de bronchite disséminés dans toute l'étendue; sonorité normale et même exagérée des deux côtés sauf à la base droite, où il existe une très petite zone d'obscurité du son, avec frottements pleuraux; pas de souffle bronchique; murmure vésiculaire nettement perceptible, bien qu'un peu affaibli. — Le malade assure qu'il respire facilement; il se plaint seulement de la toux, qui est continuelle et qui empêche le sommeil.

La bosse sanguine constatée le jour de l'entrée est toujours nettement appréciable sous le bandage de diachylon ; elle n'a ni augmenté ni diminué.

Vers cinq heures du soir le malade est pris d'un malaise subit; il se plaint d'étouffer et accuse une sensation très pénible de barre sur la poitrine. L'angoisse augmente rapidement malgré l'emploi de l'éther et des ventouses sèches; deux heures plus tard la surveillante frappée de la pâleur du malade envoie chercher l'interne de garde;

avant l'arrivée de celui-ci, J. tombe en syncope et meurt sans qu'on ait pu lui porter secours.

A l'autopsie on constate les lésions suivantes : La sixième côte droite est fracturée obliquement en bec de flûte, au niveau de son tiers antérieur ; les deux fragments, complètement séparés, chevauchent légèrement l'un sur l'autre ; la plèvre pariétale est largement déchirée à ce niveau, et forme une véritable plaie, à bords ecchymosés, ouverte dans la cavité pleurale ; celle-ci est remplie dans sa moitié inférieure par un énorme épanchement sanguin, pouvant être évalué à plus de trois litres, et manifestement fourni par l'artère intercostale rompue. Cet épanchement est très analogue par son aspect à ceux que l'on rencontre dans les anévrysmes faux consécutifs : il n'est pas liquide, mais formé de caillots cruoriques cloisonnés par des couches de fibrine irrégulièrement feutrées, sans modification régulière. Il semble que le sang répandu peu à peu dans a cavité pleurale, se soit coagulé à mesure, chaque caillot à peine formé étant repoussé par une nouvelle nappe sanguine. L'épanchement a complètement affaissé le lobe inférieur du poumon droit, repoussé le foie en bas et le médiastin en dedans. Supérieurement son progrès a été arrêté par des adhérences qui brident tout le lobe supérieur. Ces adhérences existent aussi du côté opposé ; elles sont évidemment de date ancienne et paraissent liées à la broncho-pneumonie chronique constatée pendant la vie. En effet dans toute la hauteur des deux poumons on trouve des lésions de catarrhe chronique avec dilatation des bronches, sans aucune trace de tubercules ; il y a de l'emphysème surtout aux bords antérieurs. Le cœur est petit, contracté et entièrement exsangue. Les autres organes sont sains.

La déchirure de l'artère intercostale est un accident bien connu des fractures de côtes ; mais en général elle ne s'observe que dans les fractures multiples, avec grand délabrement de la cage thoracique. D'autre part l'hémorrhagie qu'elle détermine est habituellement un accident primitif, immédiat, dont les symptômes sont suffisamment nets pour ne pas laisser aucun doute sur le diagnostic. — Ici au contraire la fracture est unique et en apparence tout à fait simple ; il n'y a d'abord aucun signe de complication du côté de la plèvre. Seule l'existence d'une bosse sanguine au niveau de la fracture pouvait faire songer à la possibilité d'une hémorrhagie traumatique, mais l'état stationnaire de cette infiltration pendant près d'une semaine était fait pour bannir toute crainte sérieuse. C'est le neuvième jour seulement de l'accident que l'hémothorax se déclare et prend en quelques heures un développement fatal. Il nous semble évident qu'il s'agit, dans ce cas exceptionnel, d'une véritable hémor-

rhagie secondaire, et que l'artère intercostale rompue, oblitérée d'abord par un caillot, s'est rouverte consécutivement, peut-être sous l'influence d'un effort de toux. Pour conjurer par une intervention chirurgicale un accident aussi prompt et aussi peu attendu, il aurait fallu que les circonstances nous permissent d'assister au début de l'hémorrhagie et d'en mesurer les rapides progrès. Quoi qu'il en soit, cette observation nous a paru mériter d'être signalée, parce qu'elle appelle l'attention du médecin sur la possibilité d'un accident auquel on ne songe guère, une fois les premiers jours écoulés.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. LE PROFESSEUR FOURNIER.

Syphilis vaccinale. — Diagnostic différentiel.

Leçons recueillies par le Dr Paul PORTALIER.

(*Suite et fin*) (1).

II. — Venons au second élément de ce diagnostic différentiel.

Celui-ci, avons-nous dit, est tiré de l'*évolution morbide*, et il n'est pas moins décisif, en nombre de cas, que le précédent. Voyez plutôt.

La syphilis vaccinale procède, dans ses périodes initiales, à la façon des syphilis par contagion. C'est dire que son *évolution se fait méthodiquement* et *en quatre temps*, de la façon suivante :

1° Immédiatement après la vaccination, étape silencieuse, de quelques semaines de durée, constituant ce qu'on appelle l'incubation;

2° Au delà, éclosion du chancre, et, bientôt après, développement du bubon satellite ;

3° Puis, nouvelle étape silencieuse de six à sept semaines, où rien de nouveau ne s'ajoute aux phénomènes précédents (seconde incubation) ;

4° Enfin, à échéance de soixante à soixante-dix, soixante-quinze jours au delà de la vaccination, invasion des accidents généraux.

Tel est, invariablement, le schéma d'évolution de toute syphilis vaccinale.

Eh bien, est-ce ainsi que procède la syphilis héréditaire? Pas le moins du monde. Elle affecte une évolution tout autre. Ainsi :

1° D'une part, elle n'est en rien assujettie à cette marche méthodique, à cette réglementation en *quatre étapes*, dont la succession est tellement significative dans la syphilis vaccinale. D'emblée, elle débute par la quatrième de ces étapes, à savoir par celle des acci-

---

(1) Voir *France médicale*, n. 145, 146 et 147.

dents généraux, et cela sans incubation primitive ou secondaire, sans accident local succédant *in situ* à l'inoculation du vaccin. *D'emblée, c'est une syphilis généralisée*, sous forme de manifestations secondaires ou tertiaires.

2° D'autre part, elle succède à la vaccine sans affecter avec elle un rapport chronologique précis, régulier. Tandis que la syphilis vaccinale fait son chancre, si je puis ainsi parler, à échéance ponctuelle de trois à cinq semaines à la suite de la vaccination, et produit ses manifestations secondaires à terme non moins rigoureux de six à sept semaines au delà, la syphilis héréditaire évolue d'une façon indifférente et indépendante par rapport à la vaccine. Elle peut tout aussi bien entrer en scène le lendemain de l'inoculation vaccinale que plusieurs semaines ou plusieurs mois, voire plusieurs années plus tard. Et cela se conçoit de reste. Car elle évolue de son fait, *proprio motu*. Elle n'a rien à voir avec la vaccine; elle ne s'y rattache par aucun lien. Conséquemment elle n'y est rattachée par aucune relation chronologique.

Aussi bien est-il nombre de cas où le diagnostic différentiel entre la syphilis vaccinale et la syphilis héréditaire s'établit *illico*, rien que par la chronologie des accidents. Exemple :

Un jeune enfant nous est amené ici pour diverses manifestations indubitablement syphilitiques (syphilides cutanées, plaques muqueuses interfessières, plaques muqueuses linguales, etc.), dont l'apparition date de cinq à six jours. « Cela, nous dit sa mère, doit provenir d'un *mauvais vaccin* ». Or, renseignements pris, nous apprenons que l'enfant a été vacciné il y a exactement vingt jours. D'après cette date seule nous étions immédiatement fixé. Par cela seul que les accidents en question (accidents de forme manifestement secondaire) s'étaient produits quinze jours environ à la suite de la vaccination, ils ne pouvaient dériver d'une origine vaccinale. Des accidents secondaires se manifestant avant l'époque même où le chancre aurait pu se produire, ce serait là une monstruosité clinique. Aussi, sans la moindre hésitation et même avant tout autre examen, le diagnostic de syphilis vaccinale fut-il exclu. Et, en effet, des renseignements qui nous furent ensuite donnés il résulta en toute évidence que l'enfant était simplement affecté d'une syphilis héréditaire, laquelle était entrée en scène une quinzaine environ à la suite de la vaccination et sans autre rapport avec elle.

Tels sont, messieurs, les deux signes que vous aurez toujours à rechercher pour instituer le diagnostic différentiel que nous étudions.

Ces deux signes consistent donc en ceci : le chancre vaccinal qui, constant dans la syphilis issue du vaccin, fera au contraire toujours

défaut dans la syphilis héréditaire ; — et l'évolution morbide, absolument différente de part et d'autre.

A ces deux signes majeurs j'en pourrais maintenant adjoindre nombre d'autres, tirés de la qualité des symptômes, de l'habitus extérieur, de la physionomie morbide, etc. Ainsi il est évident que la syphilis héréditaire peut se traduire d'emblée par des lésions tertiaires extérieures ou internes, ce que ne ferait pas (sauf exceptions bien rares) une syphilis vaccinale. Il est non moins certain qu'elle s'atteste souvent par divers caractères *congéniaux* sur lesquels j'ai longuement appelé votre attention dans une série de conférences antérieures (1).

Vous décrire actuellement ces caractères serait vous présenter en seconde édition le tableau de la syphilis héréditaire, tel que je vous l'ai tracé l'an dernier. Je me bornerai donc à faire appel à vos souvenirs. Toutefois, dans ce tableau, il est deux points que je ne craindrai pas de soumettre une seconde fois à votre attention, car ils forment le complément indispensable du diagnostic que nous cherchons à édifier. Laissez-moi donc vous en dire quelques mots.

I. — Le premier est relatif à la *physionomie générale*, à l'*habitus* des petits malades. Et, en effet, sinon toujours, au moins dans un grand nombre de cas, la syphilis héréditaire et la syphilis *acquise* de l'enfance (acquise de par le vaccin ou de par tout autre mode de contagion, peu importe, se différencient l'une de l'autre par ce qu'on peut appeler la physionomie d'ensemble, l'habitus général. Le contraste est même parfois si frappant de l'une à l'autre qu'en certains cas un simple coup d'œil suffira à tout médecin pour affirmer l'hérédo-syphilis à l'exclusion de la syphilis acquise. Vous allez en juger.

Je ne vous retracerai pas dans tous ses détails le portrait du « petit syphilitique héréditaire », portrait bien connu et tracé de main de maître par plusieurs de nos devanciers, par Trousseau notamment. Quelques mots suffiront à vous en rappeler les caractères principaux, ceux dont j'ai besoin pour la démonstration que je poursuis.

D'abord, l'enfant hérédo-syphilitique naît souvent avant terme, il ne présente d'habitude qu'un développement incomplet, de beaucoup au-dessous de la normale. C'est même souvent un *avorton* bien plutôt qu'un enfant, et un avorton qui végète misérablement quelques semaines, au plus quelques mois, dans un état de cachexie réelle, voire d'agonie lente.

En second lieu, si cet enfant survit, quel est-il, non pas toujours assurément (car certains enfants — et je vous en ai montré plusieurs cette année même — diffèrent absolument de ce type), mais quel

(1) V. mes *Leçons sur la syphilis héréditaire tardive*. Paris, G. Masson, 1886.

est-il en nombre de cas, dans la plupart des cas? C'est un petit être rabougri, atrophié, chétif, débile, malingre, offrant l'aspect d'une décrépitude particulière, d'une sénilité lamentable. C'est un *simien*, a-t-on dit; c'est un *vieillard en miniature*, à facies ridé, à peau terreuse, bistrée, enfumée, « trop grande pour ce qu'elle contient », flasque, plissée, etc., etc.

Eh bien, est-ce sous un aspect de ce genre que se présente l'enfant qui, né sain, vient d'aventure à contracter la syphilis par le vaccin? Pas le moins du monde. Celui-ci, c'est un enfant *quelconque*, si je puis ainsi parler, c'est un enfant comme tous les autres, avec la syphilis en plus.

J'accorde qu'en certains cas, rudement éprouvé par la syphilis, cet enfant puisse aboutir à un état d'athrepsie et de cachexie qui le rapproche à divers égards du petit hérédo-syphilitique que je viens de décrire. Mais, d'abord, il n'aboutira jamais à cet état, comme habitus et comme physionomie générale, qu'après un certain temps. Puis, en second lieu, les cas de cet ordre sont rares, exceptionnels même; car, ainsi que je vous le disais précédemment, la syphilis acquise dans l'enfance, voire dans la première enfance, est généralement bien mieux tolérée et bien moins grave que la syphilis héréditaire.

De sorte que, d'aspect, l'hérédo-syphilis se différencie souvent de la syphilis acquise par une physionomie d'ensemble aussi caractéristique que possible; de sorte qu'elle s'impose, dirai-je, à première vue.

Second signe : *Lésions ou symptômes relevant en propre de l'hérédo-syphilis.* — Il est positif que l'hérédo-syphilis s'accuse, se dénonce même quelquefois par telles ou telles lésions, tels ou tels symptômes que ne réalise pas la syphilis acquise.

En tant que lésions de ce genre, citons par exemple ces curieuses *déformations crâniennes* que j'ai longuement étudiées devant vous, à savoir : bosselures frontales, bosselures pariétales, asymétrie crânienne, crâne natiforme, crâne hydrocéphale, etc., (1).

Citons de même certaines *déformations nasales* du genre de celles que je vous ai décrites sous le nom de déformations *infantiles* ou *natives* (2), telles qu'écrasement du nez, épatement du nez à sa base, etc.

En second lieu, il est divers symptômes qui, plus ou moins communs dans la syphilis héréditaire, font défaut dans la syphilis ac-

(1) V. *Syphili héréditaire tardive*, p. 32.
(2) *Ibid.*, p. 38.

quise. Je vous signalerai comme tels, par exemple, les trois suivants :

1° Le *coryza*;

2° Le *pemphigus des extrémités*;

3° La *pseudo-paralysie des membres* par dislocation diaphyso-épiphysaire.

A ces trois ordres d'accidents je pourrais, je devrais peut-être en ajouter un quatrième, celui-ci constitué par un type d'*éruption cutanée* qu'il est commun d'observer chez les jeunes enfants hérédo-syphilitiques et qu'on ne rencontre pas, au moins sous une forme identique, chez des sujets plus âgés. Ce type consiste en des syphilides en placard, papuleuses ou papulo-croûteuses, papulo-excoriatives, qui se produisent sur la face et qui affectent là certains sièges de prédilection, tels que le menton, les lèvres, notamment la lèvre supérieure. — A l'état sec, ces syphilides offrent une teinte toute particulière, indescriptible, mais facilement reconnaissable quand on l'a vue quelquefois, teinte d'un rose gris, d'un rose sale ou d'un rouge sombre, comme fané. — Elles s'encroûtent incomplètement, et surtout se fissurent en rhagades, au niveau des plis cutanés (commissures labiales, commissures oculaires, sillon mentonnier, etc.). — Il est curieux de les voir se localiser systématiquement dans la plupart des cas sur certains départements du visage, tels que ceux (passez-moi ce procédé de description) qu'occupe chez l'adulte la moustache ou la barbiche. — D'autres fois, plus confluentes, elles, se répandent sur une bonne partie du visage, voire sur tout le visage, qui apparaît alors comme couvert d'un masque croûteux, noirâtre, fendillé et excorié çà et là, au total, hideux, repoussant, abominable.

Les manifestations de cet ordre sont bien connues de tous les médecins d'enfants et de tous les syphiliographes. Elles comportent un aspect tellement spécial que les praticiens de quelque expérience ne s'y trompent pas, et reconnaissent là du premier coup d'œil non seulement une lésion syphilitique, mais une lésion d'*hérédo-syphilis*. Toutefois, à tout prendre, elles ne se différencient de types analogues de la syphilis acquise que par de simples nuances objectives, bien plutôt que par des caractères précis et définis. Ces nuances, un œil expérimenté les saisit, les apprécie, en fait des éléments d'un diagnostic sûr et formel. Mais elles échappent vraiment à une description didactique. Ce que l'œil comprend, la parole est souvent impuissante à le déterminer, et c'est le cas ici plus qu'ailleurs.

Les considérations qui précèdent établissent certes entre la syphilis vaccinale et la syphilis héréditaire des différences formelles et

absolues, qui constituent la base du diagnostic différentiel à faire intervenir entre elles.

Je n'insisterai donc pas davantage, et me bornerai, comme conclusion de cet exposé, à résumer dans un tableau d'ensemble les éléments divers du diagnostic que nous venons d'étudier.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LA SYPHILIS VACCINALE ET LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.

Syphilis vaccinale.	Syphilis héréditaire
I. Début nécessaire par un accident local, constituant au niveau même de l'inoculation vaccinale un véritable CHANCRE, avec son bubon satellite.	I. PAS DE CHANCRE, jamais de chancre, comme accident d'origine. *Entrée en scène par des accidents généraux.*
II. Evolution réglée, méthodique, se faisant en quatre étapes : incubation ; — éclosion du chancre ; — étape silencieuse ou seconde incubation ; — explosion des accidents généraux.	II. N'est en rien assujettie à cette évolution méthodique, et succède à la vaccine sans rapport chronologique fixe, régulier.
III. Invasion des accidents généraux non susceptibles de se produire avant la neuvième ou dixième semaine à la suite de la vaccination.	III. Invasion des accidents généraux se produisant à échéance indépendante, indifférente, par rapport à la vaccine.
	IV. Parfois, hérédité syphilitique s'attestant par une physionomie d'ensemble, un habitus absolument caractéristique.
	V. Parfois, hérédité syphilitique s'attestant par des lésions ou symptômes propres : déformations crâniennes ou nasales, coryza, pemphigus, pseudo-paralysie des membres, aspect spécial de certaines syphilides faciales, etc.
	VI. Signes tirés des commémoratifs : enquête sur la santé des parents, polymortalité des enfants dans la famille, avortements multiples, etc.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 *décembre* 1888. — *Presidence de* M. SIREDEY.

CURABILITÉ DE LA CIRRHOSE DU FOIE. — M. *Troisier* présente le malade qu'il a observé en 1886 dans son service de Saint-Antoine et qui, depuis lors, est parfaitement bien portant. Le foie de cet homme est seulement resté encore un peu gros; il en est de même pour le foie du second malade qui est également toujours parfaitement bien portant.

M. *Hallopeau* a vu, il y a quatre ans, un homme atteint de cirrhose alcoolique; la dernière ponction a eu lieu en septembre 1885; depuis lors, la guérison se maintient, bien que le sujet n'ait pas, loin de là, renoncé à ses habitudes alcooliques.

M. *Joffroy* résume brièvement quatre cas de guérison de cirrhose alcoolique avec ascite qu'il a observés dans ces dernières années.

M *Hayem* fait remarquer qu'en dehors de l'alcoolisme, il y a des altérations du foie qui sont parfaitement curables. Il rappelle qu'en 1874, il a décrit une forme d'hépatite qui ne tient ni à l'alcoolisme, ni à la syphilis, ni à l'impaludisme. Actuellement, M. Hayem observe un malade qui est entré dans son service avec un foie gras et un épanchement non seulement abdominal, mais encore thoracique; une ponction a suffi pour ramener le malade à un état sinon normal, du moins assez voisin de la santé pour qu'il pût quitter le service et partir dans le Midi.

M. *Rendu* fait remarquer qu'il a lieu de tenir grand compte de l'état du péritoine, état qui, certes, a une grande influence sur la production de l'ascite.

GANGLIONS SUS-CLAVICULAIRES ET MAXILLAIRES DANS LE CANCER ABDOMINAL. — M. *Troisier* présente les pièces anatomiques provenant d'une malade ayant succombé à un cancer de l'ovaire et chez laquelle les ganglions sus-claviculaires sont montrés trois semaines avant la mort.

M. *R. Moutard Martin* a observé un homme qui avec un cancer de l'estomac présentait des ganglions sus-claviculaires, mais ce qui semblait diminuer la valeur de cette constatation c'est que le malade portait en même temps un cancer des côtes.

TABES DORSALIS ET GOITRE EXOPHTALMIQUE. — M. *Barié* donne lecture de l'observation d'un homme ayant présenté simultanément tous les symptômes du tabes et tous ceux du goitre exophtalmique. Il cherche ensuite les rapports qui peuvent exister entre ces deux affections; la simple coïncidence paraît, d'après M. Barié, devoir être écartée. Passant en revue la pathogénie du goitre exophthalmique, il arrive à

conclure que dans ce cas il faut considérer le goitre exophtalmique comme résultant de manifestations bulbo-protubérantielles du tabes dorsalis; dans quelques cas le goitre exophtalmique pourrait être un des premiers symptômes du tabes.

M. *Joffroy* rapporte plusieurs observations de tabétiques avec des symptômes de goitre exophtalmique, il présente l'une de ces malades qui, avec les quatre symptômes cardinaux de la maladie de Graves, a de plus des symptômes évidents de tabes. Six des malades de M. Joffroy sur sept ont de l'exophtalmie, toutes ont de la tachycardie, quelques-unes seulement ont du tremblement et de l'hypertrophie thyroïdienne.

M. Joffroy ne voit pas pourquoi on n'admettrait pas une combinaison du tabes avec le goitre exophthalmique; les associations de ce genre étant très fréquentes dans la famille névropathique.

M. Joffroy rappelle que la tachycardie peut bien, il est vrai, s'observer dans le tabes; il l'a constatée lui-même lorsqu'il était l'interne de M. Charcot; de même un léger degré de protrusion des yeux peut exister dans le tabes, mais dans les cas dont il vient d'être question, les symptômes du goitre exophthalmique sont trop nettement accusés pour qu'on puisse se refuser à admettre l'existence de cette affection; d'autre part on ne peut attribuer ces symptômes au tabes comme le voudrait M. Barié, car, comme il arrive souvent, les symptômes de la maladie de Basedow ont précédé les symptômes tabétiques. Donc, pour M. Joffroy, le tabes dorsal et le goitre exophtalmique peuvent s'associer et se compliquer, et il ne faut pas voir dans cette association une localisation spéciale des lésions de la maladie de Duchenne.

SAPELIER.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours d'agrégation de médecine.* — Le jury s'est définitivement constitué.

M. de Beurmann, Bourcy, Cuffer, Marfan, Mathieu, Morel-Lavallée et Salomon se sont retirés du concours.

Voici l'ordre dans lequel les candidats subiront l'épreuve de trois quarts d'heure.

1re *Séance* : Lundi à 5 heures. — MM. Combemale. — Gaucher. 2e *Séance* : Juhel-Renoy, Richardière. — 3e *Séance* : Mesnard, Martin. — 4e *Séance* : Colin, Marie. — 5e *Séance* : Letulle, Brault. — 6e *Séance* : Suzanne, Aubry. — 7e *Séance* : Babinski, Barth. — 8e *Séance* : Balzer, Davezac. — 9e *Séance* : Netter, Chantemesse. — 10e *Séance* : Gilbert, Charrin. — 11e *Séance* : Vibert, Roque. — 12e *Séance* : Jeannel, Sarda. — 13e *Séance* : Royet. Gueit. — 14e *Séance* : Grenier.

Il y aura séance tous les jours, excepté samedi 22 décembre.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de la médaille d'or.* — Les concours de la médaille d'or de médecine et de chirurgie se sont terminés par les nominations suivantes :

Médecine : MM. Widal, médaille d'or. — Lafitte, médaille d'argent. — Lesage, accessit.

Chirurgie : MM. Albarran, médaille d'or. — Sébileau, médaille d'argent. — Delbet, accessit.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Mairet, agrégé, est nommé professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses à la Faculté de médecine de Montpellier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY — Un concours pour une place de chef de clinique médicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Nancy, le lundi 21 janvier 1889, à 8 heures du matin.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. Ditte, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Caen, est nommé professeur de chimie à la Faculté des sciences de Paris.

ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS. — *Concours pour la nomination à deux places de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.* — Un concours pour la nomination à deux places de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le lundi 4 février 1889, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47.

Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, depuis le lundi 7 janvier jusqu'au lundi 21 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures.

HOPITAUX DE PARIS. — Par suite de la création d'un nouveau service de chirurgie à l'hôpital Tenon, M. Felizet, chirurgien à l'hospice d'Ivry, prend possession du nouveau service créé à Tenon, et M. Kirmisson, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien du bureau central, passe à l'hospice d'Ivry.

TRIBUNAUX.—Le tribunal correctionnel vient de condamner à 200 francs d'amende un employé de commerce, ancien étudiant en médecine, qui a fait subir, à toutes les servantes d'une brasserie une inspection médicale en se faisant passer pour médecin chargé d'un nouveau service sanitaire créé par la préfecture de police.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

La Folie chez les enfants, par le Dr Paul MOREAU, 1 vol. in-18 de 444 pages, 3 fr. 50.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3

35e Année. — Tome II. N° 142 Mardi 18 Décembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Fracture de côte sans apparence de complication; mort subite le 9e jour. — Autopsie : Déchirure de l'artère intercostale; hémothorax par hémorrhagie consécutive dans la cavité pleurale (1).

Par M. H. BARTH,
Médecin de l'Hôpital Tenon.

Le nommé J.... (François), âgé de 46 ans, terrassier, entre le 27 avril 1888 dans mon service à l'hôpital Tenon, salle Pidoux, n° 29.

Il raconte que deux jours auparavant, comme il travaillait à charger un tombereau, il a glissé sur le pavé, et est tombé de telle façon que son côté droit a heurté rudement contre l'angle du trottoir. Il a ressenti une vive douleur qui l'a d'abord empêché de respirer; néanmoins il a pu regagner à pied son domicile. Une fois couché, la douleur a disparu, mais elle se réveillait au moindre mouvement et surtout au moindre effort de toux, ce qui décide le malade à se faire soigner à l'hôpital.

A l'en croire, avant cet accident, il était d'une bonne santé; il n'a eu ni rhumatisme, ni syphilis, toutefois depuis plusieurs années il a, comme on dit vulgairement, la poitrine grasse; il tousse et crache beaucoup, surtout à l'automne et en hiver. Cette bronchite habituelle n'a jamais été assez forte pour l'obliger à interrompre son travail.

Le lendemain de son entrée, le 28 avril au matin, J.... présente l'état suivant : facies normal, pas de fièvre, dyspnée très modérée; douleur thoracique à droite, seulement dans les grandes inspirations. A la palpation, il est facile de localiser un point sensible, situé au niveau de la sixième côte droite, à l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen; en cet endroit on constate une légère tuméfaction de la

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

…nte-cinquième année. — Tome II. N° 140. Jeudi 20 Décembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

Bureaux
On s'abonne chez
Rosnier et Babé
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

Abonnements
UN AN
France.......... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

…esser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 14, rue de Castellane.
…ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.



35e Année. — Tome II. N° 149 Jeudi 20 Décembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 19 *décembre* 1888.

L'Académie de médecine a procédé hier au renouvellement de son bureau pour l'année 1889. Le vice-président de 1888 passe de droit président pour l'année prochaine. Nous aurons en M. Maurice Perrin un président très courtois et probablement aussi très ferme, sachant ménager et utiliser aussi bien que possible le temps de l'Académie. L'Académie d'ailleurs a toujours eu à se louer des présidents militaires. Avec MM. Larrey et Legouest, par exemple, les discussions oiseuses et les séances interminables étaient sévèrement proscrites.

M. Moutard-Martin a été élu vice-président par 54 voix sur 66 votants. C'est en termes très émus que l'honorable académicien a remercié ses collègues. L'Académie peut être certaine d'avoir un président absolument dévoué à ses intérêts.

M. Proust, qui depuis plusieurs années était maintenu par acclamation dans ses fonctions de secrétaire annuel, ayant désiré prendre sa retraite, a été remplacé à la presque unanimité par M. Féréol. L'Académie aurait difficilement fait choix d'un esprit plus littéraire et plus apte à remplir ces fonctions.

Le reste de la séance, qui a d'ailleurs été fort courte, a été remplie par la lecture de rapports de M. A. Robin, sur des demandes en autorisation d'exploiter des sources minérales, et de MM. Sée et Lagneau sur des travaux lus tout récemment par MM. Laugier et Chervin.

M. Gariel a enfin attiré l'attention sur un procédé qui lui permet d'avoir un agrandissement considérable des images lorsqu'il veut reproduire des images microscopiques au moyen de la chambre claire.

A. Ch.

défaut dans la syphilis héréditaire ; — et l'évolution morbide, absolument différente de part et d'autre.

A ces deux signes majeurs j'en pourrais maintenant adjoindre nombre d'autres, tirés de la qualité des symptômes, de l'habitus extérieur, de la physionomie morbide, etc. Ainsi il est évident que la syphilis héréditaire peut se traduire d'emblée par des lésions tertiaires extérieures ou internes, ce que ne ferait pas (sauf exceptions bien rares) une syphilis vaccinale. Il est non moins certain qu'elle s'atteste souvent par divers caractères *congéniaux* sur lesquels j'ai longuement appelé votre attention dans une série de conférences antérieures (1).

Vous décrire actuellement ces caractères serait vous présenter en seconde édition le tableau de la syphilis héréditaire, tel que je vous l'ai tracé l'an dernier. Je me bornerai donc à faire appel à vos souvenirs. Toutefois, dans ce tableau, il est deux points que je ne craindrai pas de soumettre une seconde fois à votre attention, car ils forment le complément indispensable du diagnostic que nous cherchons à édifier. Laissez-moi donc vous en dire quelques mots.

I. — Le premier est relatif à la *physionomie générale*, à l'*habitus* des petits malades. Et, en effet, sinon toujours, au moins dans un grand nombre de cas, la syphilis héréditaire et la syphilis *acquise* de l'enfance (acquise de par le vaccin ou de par tout autre mode de contagion, peu importe, se différencient l'une de l'autre par ce qu'on peut appeler la physionomie d'ensemble, l'habitus général. Le contraste est même parfois si frappant de l'une à l'autre qu'en certains cas un simple coup d'œil suffira à tout médecin pour affirmer l'hérédo-syphilis à l'exclusion de la syphilis acquise. Vous allez en juger.

Je ne vous retracerai pas dans tous ses détails le portrait du « petit syphilitique héréditaire », portrait bien connu et tracé de main de maître par plusieurs de nos devanciers, par Trousseau notamment. Quelques mots suffiront à vous en rappeler les caractères principaux, ceux dont j'ai besoin pour la démonstration que je poursuis.

D'abord, l'enfant hérédo-syphilitique naît souvent avant terme, il ne présente d'habitude qu'un développement incomplet, de beaucoup au-dessous de la normale. C'est même souvent un *avorton* bien plutôt qu'un enfant, et un avorton qui végète misérablement quelques semaines, au plus quelques mois, dans un état de cachexie réelle, voire d'agonie lente.

En second lieu, si cet enfant survit, quel est-il, non pas toujours assurément (car certains enfants — et je vous en ai montré plusieurs cette année même — diffèrent absolument de ce type), mais quel

(1) V. mes *Leçons sur la syphilis héréditaire tardive*. Paris, G. Masson, 1886.

est-il en nombre de cas, dans la plupart des cas? C'est un petit être rabougri, atrophié, chétif, débile, malingre, offrant l'aspect d'une décrépitude particulière, d'une sénilité lamentable. C'est un *simien*, a-t-on dit; c'est un *vieillard en miniature*, à facies ridé, à peau terreuse, bistrée, enfumée, « trop grande pour ce qu'elle contient », flasque, plissée, etc., etc.

Eh bien, est-ce sous un aspect de ce genre que se présente l'enfant qui, né sain, vient d'aventure à contracter la syphilis par le vaccin? Pas le moins du monde. Celui-ci, c'est un enfant *quelconque*, si je puis ainsi parler, c'est un enfant comme tous les autres, avec la syphilis en plus.

J'accorde qu'en certains cas, rudement éprouvé par la syphilis, cet enfant puisse aboutir à un état d'athrepsie et de cachexie qui le rapproche à divers égards du petit hérédo-syphilitique que je viens de décrire. Mais, d'abord, il n'aboutira jamais à cet état, comme habitus et comme physionomie générale, qu'après un certain temps. Puis, en second lieu, les cas de cet ordre sont rares, exceptionnels même; car, ainsi que je vous le disais précédemment, la syphilis acquise dans l'enfance, voire dans la première enfance, est généralement bien mieux tolérée et bien moins grave que la syphilis héréditaire.

De sorte que, d'aspect, l'hérédo-syphilis se différencie souvent de la syphilis acquise par une physionomie d'ensemble aussi caractéristique que possible; de sorte qu'elle s'impose, dirai-je, à première vue.

Second signe : *Lésions ou symptômes relevant en propre de l'hérédo-syphilis.* — Il est positif que l'hérédo-syphilis s'accuse, se dénonce même quelquefois par telles ou telles lésions, tels ou tels symptômes que ne réalise pas la syphilis acquise.

En tant que lésions de ce genre, citons par exemple ces curieuses *déformations crâniennes* que j'ai longuement étudiées devant vous, à savoir : bosselures frontales, bosselures pariétales, asymétrie crânienne, crâne natiforme, crâne hydrocéphale, etc., (1).

Citons de même certaines *déformations nasales* du genre de celles que je vous ai décrites sous le nom de déformations *infantiles* ou *natives* (2), telles qu'écrasement du nez, épatement du nez à sa base, etc.

En second lieu, il est divers symptômes qui, plus ou moins communs dans la syphilis héréditaire, font défaut dans la syphilis ac-

(1) V. *Syphili héréditaire tardive*, p. 32.
(2) *Ibid.*, p. 38.

La laparotomie pour occlusion est une opération grave. Elle donnait, dans la thèse de Peyrot, une mortalité de 64 0/0. Tout récemment, dans une statistique de Schramm, sur 190 faits on comptait 122 morts (64 0/0). En ne tenant compte que des opérations faites depuis la période antiseptique, Schramm voit sa mortalité s'abaisser à 58 0/0. Cette diminution très faible montre bien qu'à côté de la question antisepsie qui n'est jamais négligeable, il y a des conditions générales qui aggravent le pronostic de l'opération.

Comme nous le disions plus haut, le malade atteint d'iléus, est un individu en danger pressant de mort; au bout de quelques jours il peut être considéré comme un agonisant. Il me suffira de rappeler l'altération des traits, l'algidité, la petitesse du pouls, la congestion pulmonaire pour n'avoir pas besoin de démontrer autrement l'altération extrême de la santé générale. Les causes de ces troubles s'expliquent par l'intoxication des produits de l'intestin (thèse de Humbert sur la septicémie intestinale), par la diminution de la sécrétion urinaire, par l'irritation des nerfs du péritoine qui, comme l'a montré M. Le Fort, retentit si vivement sur tout l'organisme, enfin, par le trouble de la circulation générale fortement influencée par la congestion abdominale. On sait, en effet, que les artères et veines de l'intestin jouent pour ainsi dire un rôle de réservoir pour la circulation générale, et d'après les expériences de Ludwig, Thiry et Cyon, c'est par les modifications du contenu sanguin des viscères abdominaux que s'établissent les variations de pression générale du système artériel.

La réunion de ces causes aussi efficaces que multipliées suffit abondamment à expliquer l'état précaire des malheureux iléiques.

Que peut contre ces causes l'antisepsie même la plus parfaite? Evidemment rien. On opère sur un sujet presque agonisant, on n'a pas à s'étonner qu'il meure.

Les progrès de la thérapeutique ne s'obtiendront que par la précocité dans l'opération.

La laparatomie est d'autant plus grave qu'elle est plus compliquée. Le dévidement du paquet intestinal rendu particulièrement difficile par le ballonnement est chose grave; l'intestin est un viscère délicat, si on le malaxe trop, si on le refroidit, on devra s'attendre à des accidents graves, les chirurgiens habitués à ces opérations abdominales le savent bien.

Si l'opération se complique d'une résection intestinale, ou de toute autre manœuvre longue et difficile, elle a l'inconvénient de durer longtemps et d'augmenter considérablement le shock opératoire. C'est ce que démontrent les chiffres de Schide. Ce chirurgien note que cinq résections faites au cours d'une occlusion furent toutes

mortelles. Au contraire, treize faites dans des conditions différentes, donnèrent dix succès et trois morts.

Il est vrai qu'au lieu de se décider à la résection, l'opérateur pourrait terminer sa laparotomie en établissant un anus contre nature; mais à tout prendre, ne serait-il pas préférable de faire l'anus d'abord, sans compromettre le malade par une laparotomie préalable.

La gravité de la laparotomie est extrême dans les cas de collapsus, et d'obésité un peu accentués, et M. Guyon dans une leçon récente (*Semaine médicale* 1888, n° 18), considère avec juste raison ces symptômes comme une contre-indication formelle à la laparotomie. Malheureusement, au bout de quelques jours d'occlusion le collapsus est de règle, et plus malheureusement encore, le chirurgien n'est guère consulté qu'après que le médecin a épuisé toutes les ressources de la thérapeutique médicale, c'est-à-dire à la dernière période de l'affection.

A cette même période existe encore une complication très grave, non plus d'ordre général, mais local, et rendant singulièrement difficile le manuel opératoire, je veux parler du ballonnement du ventre.

Cette complication peut être si gênante que Heiberg, dans un cas, dut laisser son malade mort sur la table d'opération avant d'avoir pu rentrer l'intestin distendu.

Je sais bien qu'on a conseillé diverses méthodes pour triompher du tympanisme intestinal. Je ne parlerai pas des ponctions condamnées dans les discussions de notre Société de chirurgie, mais d'abord de la grande incision de Kümmel allant du pubis à l'appendice xiphoïde. Ce chirurgien, l'incision faite, reçoit le paquet intestinal dans une serviette antiseptique et l'examine à l'aise.

Théoriquement cette opération est irrationnelle, l'idéal d'une laparotomie sera toujours de toucher le moins possible à l'intestin, et de ne l'exposer ni au refroidissement ni aux malaxations. Jusqu'à ce que Kümmel nous apporte une statistique triomphante de cas traités par sa méthode, nous resterons sceptiques à l'endroit de son procédé. Madelung, M. F. Terrier ont agi d'une façon plus rationnelle, ils ont d'abord incisé une anse d'intestin, effectué la « vidange » du tube intestinal et exploré ensuite l'abdomen dans de bonnes conditions.

A cette méthode nous ne ferons qu'une objection, c'est que la laparotomie d'emblée est une opération trop grave quand l'occlusion s'accompagne de ballonnement accentué, symptôme qui indique que l'occlusion date déjà de longtemps, et que l'état général, en conséquence, est gravement menacé. Bien plus, cette incision de l'intestin grêle complique la durée de la laparotomie et la rend plus grave. Enfin, il est bien difficile quand on évacue ainsi le contenu d'un intestin surdistendu, de ne pas laisser tomber de matières dans

le péritoine, ou sur les doigts de l'opérateur, sur la table d'opération, les instruments ou les compresses antiseptiques.

La suite de l'opération se trouve donc presque fatalement compliquée de septicité.

Nous verrons un peu plus loin que nous proposons une méthode qui se rapproche sensiblement de celle de Terrier-Madelung, mais qui ne prend de celle-ci que ses avantages et supprime ses inconvénients.

Nous conclurons de ces considérations sur la laparotomie :

1° Que cette opération est plus spécialement indiquée dans les cas d'étranglement par brides, volvulus, péritonites, hernies internes;

2° Que pour que cette opération ait toute sa valeur, il importe au plus haut point qu'elle ne soit entreprise que dans des conditions données. En effet :

3° La mortalité de la laparotomie pour occlusion est encore énorme malgré l'antisepsie ;

4° Cette mortalité s'explique par l'intoxication du malade par les produits de l'intestin, par l'irritation des nerfs du péritoine, par la diminution des urines, par les troubles de la circulation générale déterminés par ceux de la circulation abdominale ;

5° La mortalité est considérable quand la laparotomie se complique d'opérations longues et difficiles comme résections de l'intestin, etc. ;

6° La laparotomie est donc contre-indiquée dans les faits d'invagination ; de torsions avec gangrène de l'intestin ; de rétrécissements ou cancers de l'intestin ; de corps étrangers obstruant l'intestin ; de paralysie intestinale ; de grosses tumeurs abdominales enclavées et indéplaçables ;

7° On pourrait, il est vrai, se contenter dans les affections précédentes de terminer la laparotomie par l'anus contre nature. Mais, n'est-il pas certain que l'entérotomie classique pure et simple dans une des fosses iliaques est plus rationnelle dans ces cas.

8° La laparotomie est encore contre-indiquée quand il y a collapsus et ballonnement accentués. La méthode de Terrier-Madelung quoique rationnelle a de nombreux inconvénients (durée, infection de la plaie, etc.).

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 *décembre* 1888. — *Présidence de* M. Hérard.

La correspondance comprend : une lettre de M. le Dr Levieux, rappelant que, déjà en 1882, la Société d'hygiène de Bordeaux avait

formulé un vœu tendant à remplacer le phosphore blanc par le phosphore rouge dans la fabrication des allumettes.

Eaux minérales. — M. A. Robin lit sur plusieurs demandes en autorisation d'exploiter des sources minérales un rapport dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Elections. — L'Académie procède à l'élection d'un vice-président pour l'année 1889.

Sur 66 votants, majorité 34; M. Moutard-Martin est élu par 54 voix contre 3 données à M. Bourdon, 1 à M. Peter, 2 à M. G. Sée, 1 à M. Charcot, 1 à M. Perrin et 4 bulletins blancs.

M. *Moutard-Martin* remercie l'Académie du grand honneur qui lui est fait et du témoignage d'estime qu'elle vient de lui donner. Il fera tous ses efforts pour être digne de ses prédécesseurs et pour montrer à l'Académie que tout son dévouement lui est acquis.

L'Académie procède à l'élection d'un secrétaire annuel. Sur 64 votants, majorité 33, M. Féréol obtient 58 suffrages contre 1 donné à M. Besnier, 1 à M. Bourgoin, 1 à M. Gariel et 4 bulletins blancs.

M. *Féréol* remercie l'Académie du grand honneur qu'elle lui fait et dont il apprécie le prix et même le poids; ses deux prédécesseurs ne lui ont pas rendu la tâche facile, il essaiera cependant de se rendre digne de la confiance de l'Académie.

Sont élus membres du Conseil : M. Laboulbène, 54 voix sur 56 votants; M. Planchon, 52 voix sur 52 votants.

Pour le renouvellement partiel des commissions permanentes pour 1889, sont élus : Commission des épidémies : MM. Worms, 48 voix ; Damaschino, 49 voix. — Commission des eaux minérales : MM. Lefort (Jules), 49 voix ; C. Paul, 49 voix. — Commission des remèdes secrets : MM. d'Arsonval, 49 voix; Moissan, 49 voix. — Commission de vaccine : MM. Fournier, 49 voix; Guéniot, 49 voix ; Colin (Léon), 49 voix. — Commission de l'hygiène de l'enfance : MM. Roger et de Villiers, à l'unanimité.

Suicide chez un monomane. — M. *M. Sée*, au nom d'une commission composée de MM. Brouardel, Tillaux et M. Sée, rapporteur, lit un rapport sur la communication faite à l'Académie par M. Maurice Laugier dans l'avant-dernière séance.

Statistique du nombre des enfants par ménage en France. — M. *Lagneau* lit un rapport sur le travail lu récemment à l'Académie par M. le Dr A. Chervin.

Sur l'emploi du microscope et de la chambre claire dans le microscope. — M. *Gariel* conseille de se servir d'une lunette de Galilée renversée qui permet d'obtenir une image beaucoup plus grande, sans qu'on voie, il est vrai, plus de détails.

La séance est levée à 4 heures et demie.

VARIÉTÉS

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Réorganisation d'une école du service de santé militaire.

Loi du 14 *décembre* 1888.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article premier. — Il est créé une école du service de santé militaire, dont le siège sera désigné ultérieurement par un décret.

Art. 2. — La date de l'ouverture de l'école et les conditions requises des jeunes gens pour y être admis seront déterminées par décrets et décisions du Ministre de la guerre.

Art. 3. — Au sortir de l'école du service de santé militaire, les élèves de cette école, pourvus du diplôme de docteur en médecine et remplissant en outre les autres conditions spécifiées par les règlements ministériels, entreront de droit à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires (Val-de-Grâce).

Art. 4. — L'École d'application de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce continuera à recevoir, comme par le passé, outre les élèves sortis de l'École de médecine militaire et dans une proportion déterminée par le Ministre de la guerre, des docteurs en médecine et des pharmaciens de première classe, à condition que les uns et les autres n'aient pas dépassé les limites d'âge fixées par les règlements et aient subi, avec succès, les épreuves des concours dont le Ministre de la Guerre arrête les programmes.

Les jeunes gens ainsi admis à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires contracteront, comme les élèves de l'École du service de santé militaire, l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé, à partir de leur promotion, au grade d'aide-major de deuxième classe.

Art. 5. — A l'effet d'organiser l'Ecole du service de santé militaire, il est ouvert au ministre de la Guerre, au titre de l'exercice 1888, un crédit supplémentaire de trente mille cinq cent cinquante francs (30,550 fr.). répartis entre les chapitres ci-après :

Chap. 10. — École militaire (personnel), 5,312 francs.

Chap. 28. — Habillement (matériel d'exploitation), 2,470 francs.

Chap. 40. — École militaire (matériel), 22,768 francs.

Total. 30,550 francs.

Il sera pourvu à cette dépense au moyen des ressources générales du budget de l'exercice.

Art. 6. — Par contre et comme compensation partielle, il est annulé, au titre de l'exercice 1888 (Chap. II. — Personnels hors cadres

ou non classés dans les corps de troupe), un crédit de trois mille cinq cent vingt francs (3,520 fr.).

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'État.

Fait à Paris, le 14 décembre 1888.

CARNOT.

Par le Président de la République :
Le Ministre de la Guerre.
C. DE FREYCINET,

Le ministre des Finances.
P. PEYTRAL.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR.

Réorganisation du service médical à l'Infirmerie de St-Lazare.

Le président du Conseil, ministre de l'intérieur, arrête :

Article premier. — Indépendamment du service normal de santé destiné aux femmes non atteintes de maladies vénériennes, il est organisé, par les dispositions ci-après, pour le traitement de ces maladies, à la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare, une infirmerie spéciale, qui comprendra cinq services placés sous la direction de médecins ou chirurgiens titulaires, avec collaboration de suppléants, assistance d'internes et admission d'étudiants aux cliniques.

Art. 2. — A dater du jour où il aura été pourvu à la mise en pratique des dispositions ci-après, le cadre du personnel médical de l'infirmerie spéciale comprendra :

2 médecins titulaires et 1 médecin suppléant;
2 chirurgiens titulaires et 1 chirurgien suppléant;
2 internes.

Au service normal d'infirmerie seront rattachés, d'autre part, un médecin titulaire et un interne, ainsi que les médecins adjoints actuellement en service; les titres et fonctions de ces derniers n'étant pas maintenus pour l'organisation de l'infirmerie spéciale.

Art. 3. — Comme leur collègue du service normal de santé, les médecins et chirurgiens titulaires de l'infirmerie spéciale seront nommés par le ministre de l'intérieur ; mais ils devront être pris parmi les médecins et chirurgiens suppléants de l'infirmerie spéciale, ces derniers étant eux-mêmes recrutés au concours ainsi que les internes.

Néanmoins, il n'est pas préjudicié à la situation des médecins titulaires et des internes actuellement en fonctions à la prison de Saint-Lazare.

Art. 4. — Seront fixées par arrêtés ministériels les conditions de concours à ouvrir pour les emplois de médecins ou chirurgiens

suppléants de l'infirmerie spéciale, ainsi que pour l'admission à l'internat, entre les candidats qui auront été autorisés par le ministre à se présenter aux épreuves, après avis du préfet de police.

Art. 5. — Tout candidat au poste de médecin ou chirurgien titulaire ou suppléant, soit à l'infirmerie spéciale, soit à l'infirmerie normale de Saint-Lazare, devra justifier de la qualité de Français et du titre de docteur d'une des Facultés de médecine de l'Etat. Nul ne pourra être nommé avant l'âge de vingt-cinq ans, ni être laissé en fonctions passé l'âge de soixante-cinq ans.

Art. 6. — Les indemnités de médecins ou chirurgiens titulaires et des médecins ou chirurgiens suppléants dudit établissement seront ultérieurement fixées par arrêtés ministériels, de même que la situation des internes et la durée de leur service dans l'une ou l'autre infirmerie.

Art. 7. — En dehors du personnel ayant reçu par ses fonctions dans l'établissement qualité à cet effet, nul médecin ou chirurgien, professeur, membre d'un corps savant, spécialiste ou praticien, ne sera admis à prendre part aux cliniques et travaux quelconques se rattachant au service médical, même à titre temporaire ou officieux ou par collaboration avec le personnel, sauf en vertu d'une autorisation expresse nommément accordée par le ministre de l'Intérieur après avis du préfet de police.

Les conditions d'admission des étudiants sont déterminées, d'autre part, dans les dispositions qui les concernent.

Ne seront admises à pénétrer dans l'établissement et dans les parties même réservées au personnel et au service médical que les personnes dûment autorisées à cet effet, conformément aux règlements.

Art. 8. — Le conseiller d'Etat, directeur de l'administration pénitentiaire, et le préfet de police sont chargés, chacun en ce qui le concerne, d'assurer l'exécution du présent arrêté, par lequel il n'est en rien dérogé aux règles générales applicables au personnel et au service médical dans les établissements pénitentiaires.

Arrête :

Article premier. — Il sera procédé par voie de concours pour l'admission aux emplois de médecins suppléants ou de chirurgiens suppléants et aux postes d'internes chargés du service médical à l'infirmerie spéciale de la maison de Saint-Lazare.

Art. 2. — Tous les candidats devront avoir la qualité de Français.

Chaque demande de participation à un concours sera adressée au ministre de l'Intérieur, qui fera connaître si elle est agréée.

La demande sera accompagnée de l'acte de naissance du candidat, ainsi que de ses diplômes, de l'indication de ses titres scientifiques

et hospitaliers, de ses états de services quelconques et des autres documents officiels à présenter, selon les cas.

Art. 3. – Pour l'admission aux emplois de médecins ou de chirurgiens suppléants, le Jury du concours se compose de sept membres nommés par arrêté ministériel sur une liste de présentation que dressera le préfet de police et choisis parmi les personnes appartenant aux corps scientifiques ci-après désignés, savoir :

Les membres de l'Académie de médecine, les professeurs et professeurs agrégés des Facultés de médecine de l'État, les médecins et chirurgiens accoucheurs des hôpitaux de Paris, les médecins et chirurgiens titulaires de Saint-Lazare.

Art. 4. — Le président sera désigné par arrêté ministériel parmi les membres du jury.

Art. 5. — Pour l'emploi de médecin suppléant, le concours consistera en trois épreuves d'admissibilité et deux épreuves définitives.

Les premières sont :

1° Épreuve de titres scientifiques et hospitaliers ;

2° Epreuve théorique orale sur un sujet de pathologie interne, de gynécologie ou d'obstétrique (leçon de vingt minutes après vingt minutes de préparation) ;

3° Epreuve de clinique spéciale (leçon de dix minutes après dix minutes de préparation).

Les deux épreuves définitives, auxquelles il ne sera admis de candidats qu'à raison de trois au plus par chaque emploi mis au concours, sont :

1° Une composition écrite sur un sujet concernant les affections vénériennes (trois heures sont données pour cette composition) ;

2° Une épreuve orale de diagnostic sur deux malades (exposé de vingt minutes après examen de vingt minutes au lit des malades).

Art. 6. — Pour l'emploi de chirurgien suppléant, le concours consistera en trois épreuves d'admissibilité et deux épreuves définitives.

Les premiers sont :

1° Epreuve de titres scientifiques et hospitaliers ;

2° Epreuve théorique orale sur un sujet de pathologie externe, de gynécologie ou d'obstétrique (leçon de vingt minutes après vingt minutes de préparation.

3° Epreuve de clinique spéciale (leçon de dix minutes après vingt minutes de préparation).

Les deux dernières épreuves, auxquelles il ne sera àdmis de candidats qu'à raison de trois au plus par chaque emploi mis au concours, sont :

1° Une composition écrite sur un sujet concernant les affections vénériennes (trois heures seront données pour cette composition);

2° Une épreuve orale de diagnostic sur deux malades atteints d'affections chirurgicales (exposé de vingt minutes après examen de vingt minutes au lit des malades);

3° Épreuve de médecine opératoire sur un cadavre.

ART. 7. — Pour les épreuves orales la note maxima sera de 20 points; elle sera de 30 points pour l'épreuve écrite et pour l'épreuve de médecine opératoire.

ART. 8. — Pour le concours d'internat, le jury sera constitué comme il est dit aux articles 3 et 4 ci-dessus, mais seulement avec trois juges et un suppléant.

Les épreuves comprendront :

1° Une composition écrite qui portera sur un sujet d'anatomie et de pathologie, et pour laquelle il sera donné deux heures. Ce sujet sera pris par tirage au sort entre six questions arrêtées par le jury au début de la séance, tenues secrètes et closes sous enveloppes distinctes;

2° Une épreuve orale sur un sujet concernant les maladies vénériennes (leçon de dix minutes après dix minutes de réflexion);

ART. 9. — Les dates et lieux des concours à intervenir seront fixés par arrêté ministériel, ainsi que les emplois auxquels ces concours auraient pour objet de pourvoir.

ART. 10. — Le conseiller d'État, directeur de l'administration pénitentiaire, et le préfet de police seront chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 12 décembre 1888.

Pour le président du Conseil, Ministre de l'intérieur,
Le sous-secrétaire d'État,
LÉON BOURGEOIS.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Anatomie des centres nerveux, leçons professées par le Dr Ludwig EDINGER, traduit de l'allemand par M. SIRAUD, externe des hôpitaux de Lyon. — Paris, 1889, 1 vol. gr. in-8° de 235 pages avec 122 figures, 8 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 19 *décembre* 1888.

L'Académie de médecine a procédé hier au renouvellement de son bureau pour l'année 1889. Le vice-président de 1888 passe de droit président pour l'année prochaine. Nous aurons eu M. Maurice Perrin un président très courtois et probablement aussi très ferme, sachant ménager et utiliser aussi bien que possible le temps de l'Académie. L'Académie d'ailleurs a toujours eu à se louer des présidents militaires. Avec MM. Larrey et Legouest, par exemple, les discussions oiseuses et les séances interminables étaient sévèrement proscrites.

M. Moutard-Martin a été élu vice-président par 54 voix sur 66 votants. C'est en termes très émus que l'honorable académicien a remercié ses collègues. L'Académie peut être certaine d'avoir un président absolument dévoué à ses intérêts.

M. Proust, qui depuis plusieurs années était maintenu par acclamation dans ses fonctions de secrétaire annuel, ayant désiré prendre sa retraite, a été remplacé à la presque unanimité par M. Féréol. L'Académie aurait difficilement fait choix d'un esprit plus littéraire et plus apte à remplir ces fonctions.

Le reste de la séance, qui a d'ailleurs été fort courte, a été remplie par la lecture de rapports de M. A. Robin, sur des demandes en autorisation d'exploiter des sources minérales, et de MM. Sée et Lagneau sur des travaux lus tout récemment par MM. Laugier et Chervin.

M. Gariel a enfin attiré l'attention sur un procédé qui lui permet d'avoir un agrandissement considérable des images lorsqu'il veut reproduire des images microscopiques au moyen de la chambre claire.

A. Ch.

/ / / - · ○

…-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME II. N° 150. SAMEDI 22 DÉCEMBRE 1888.

LA

[F]RANCE MÉDICALE

[B]UREAUX
On s'abonne chez
[C]ROSNIER et BABÉ
Place
École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

…sser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
…uvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome II. N° 150 Samedi 22 Décembre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Considérations sur le traitement de l'occlusion intestinale suivies d'une observation d'occlusion traitée par l'anus contre nature.

Par le Dr Chaput
Chirurgien des hôpitaux (1).
(*Suite*) (1).

Entérotomie. Avantages et inconvénients.

1° *Avantages de l'entérotomie.*

L'entérotomie est en train de revenir en faveur. M. Verneuil la préconise dans les cas où le diagnostic est douteux pour parer aux accidents. M. Tillaux après avoir été partisan de la laparotomie revient à l'anus contre nature. Schede conseille de faire l'anus chirurgical dans un premier temps pour soulager le malade, puis d'exécuter la laparotomie un peu plus tard dans de meilleures conditions. Enfin, Lawson Tait, dans un article récent du *Bulletin médical*, paraît avoir absolument renoncé à la laparotomie pour les cas d'occlusion. Il a pratiqué l'entérotomie avec beaucoup de succès.

Examinons donc les raisons qui plaident pour ou contre l'entérotomie.

En premier lieu, il est hors de conteste que l'anus artificiel est l'opération de choix dans les cas de cancer de l'intestin ou de rétrécissement, dans ceux de paralysie intestinale, dans ceux enfin de compression par certaines grosses tumeurs de l'abdomen. La difficulté est, nous le savons bien, de faire le diagnostic, mais nous examinerons ce point ultérieurement.

L'anus a encore de grands avantages comme moyen de diagnostic. Il permet de reconnaître avec une grande facilité une péritonite méconnue jusque-là. Par la plaie de la paroi abdominale, on peut, on doit même explorer avec le doigt toute la partie accessible de la

(1) Voir *France médicale*, n. 149.

cavité abdominale ; et, si l'on fait comme je le conseille, une longue incision dans la fosse iliaque droite, on pourra rencontrer peut-être une bride intestinale, mais à coup sûr une invagination iléo-cœcale, une pérityphlite, un étranglement par un diverticule ? L'incision longue, faite à droite, permet d'explorer environ le quart, presque la moitié de la cavité abdominale. Ajoutons que cette portion explorable est de beaucoup la plus importante et la plus riche en obstacles qu'on peut facilement détruire.

On pourra m'objecter que je préconise en somme une laparotomie latérale pour l'opération de l'anus artificiel. Mais, si le mot mérite discussion, il n'en est pas de même de la chose, car en fait, cette laparotomie latérale se distingue de celle qu'on fait sur la ligne médiane par une longueur moindre de l'incision, par l'absence de déroulement de l'intestin, par des explorations réduites au minimum. Ces manœuvres n'ont donc rien de comparable à celles de la laparotomie médiane.

Lorsque l'incision latérale ne laisse constater aucun obstacle, on établira l'anus soit sur le cœcum, soit sur l'intestin grêle selon les cas. Si, au contraire, on trouve une des lésions relatées plus haut, il sera possible le plus souvent de les détruire, soit par l'incision latérale, soit même par une incision médiane qui aurait l'avantage d'être petite, de ne pas nécessiter le déroulement de l'intestin, en un mot, qui réduirait le traumatisme au minimum.

L'anus contre nature est une opération qui n'est pas seulement palliative comme beaucoup peuvent le penser; dans nombre de cas, cette opération après avoir conjuré les accidents immédiats, a été suivie du rétablissement du cours des matières par l'anus normal, souvent même l'oblitération de l'orifice artificiel s'est faite spontanément. Schede a rapporté vingt-trois faits de ce genre.

D'autres fois, les choses se comportent d'une façon différente; il y a tout d'abord un soulagement marqué après l'évacuation des matières, mais l'amélioration ne persiste pas et le malade finit par succomber à des accidents, soit de péritonite, soit de collapsus.

La période d'amélioration qui suit l'entérotomie est précieuse, et, dans les cas où le diagnostic posé indique qu'une laparotomie pourrait seule détruire l'obstacle, c'est pendant cette époque qu'il conviendra de faire cette seconde opération. Telle est la méthode de Schede, sur trois cas elle lui a donné trois succès. Comme on le voit, Schede procède comme Madelung et Terrier, en ce sens qu'il fait l'anus d'abord, puis les manœuvres de la laparotomie. Mais tandis que ceux-ci aggravent leur laparotomie pour des raisons que j'ai développées plus haut, Schede, au contraire, améliore d'abord le malade et rend ensuite l'opération plus bénigne.

Inconvénients de l'entérotomie. — On reproche généralement à l'entérotomie d'être inutile et impuissante dans les cas de *brides*, *torsions*, *corps étrangers de l'intestin grêle*, etc... Cette opinion est peut-être exclusive ; qui sait si l'intestin vidé de son contenu, diminué de volume, calmé, débarrassé de ses contractions désespérées, ne pourra échapper aux causes d'étranglement qui agissaient sur lui. Mais ceci n'est qu'une hypothèse. Ce qui est plus certain, c'est que ce sont justement ces cas qui sont justiciables de la méthode de Schede et qui grâce à elle pourront être guéris.

Un second reproche fait à l'entérotomie c'est sa gravité. Je m'empresse de dire que les statistiques antérieures ne méritent aucune créance pour les raisons que voici. Le plus souvent l'anus a été fait eaucoup trop tard, dans des conditions désespérées; jusqu'ici en effet, e public médical tergiverse trop longtemps dans les cas d'occlusion, et es malades arrivent au chirurgien dans un état des plus alarmants. n ne doit donc pas plus rejeter l'entérotomie que la laparotomie, si urs résultats sont mauvais, parce que ces opérations ont été faites squ'ici le plus souvent dans de mauvaises conditions. Et puis, l'enirotomie de Nélaton, qui a eu si longtemps la faveur, est une mauaise opération, en ce sens qu'on va chercher la première anse d'instin grêle, quand bien souvent l'anus serait mieux placé au cœcum. isons enfin que l'entérotomie de Nélaton a été faite sans antisepsie, 1 moins à la période de sa grande faveur.

Ces explications permettent de comprendre pourquoi l'entérotomie t peu à peu tombée dans un discrédit qui s'est encore accru par la veur avec laquelle on accueillit les premiers succès de la laparotomie. En réalité, il n'existe pas de statistique bien faite de l'entérotomie, ici comme dans bien des cas, les statistiques antérieures sont ompeuses.

Les chirurgiens qui ont pratiqué cette opération la considèrent mme bénigne, et Lawson Tait sur onze entérotomies, n'a eu que ux cas de mort, léthalité bien inférieure à celle de la laparotomie ssique.

De la conduite à tenir dans les cas d'occlusion intestinale.

Deux cas peuvent se présenter.

On peut avoir affaire à une occlusion aiguë ou à une occlusion onique.

Dans l'occlusion aiguë, un malade est pris en pleine santé d'une uleur vive de l'abdomen, immédiatement les selles et les gaz se primen, l'urine diminue, le facies se tire, l'algidité commence. ventre plat pendant quelques heures ne tarde pas à se laisser tendre.

Ces cas d'occlusion aiguë sont presque toujours causés par des

lésions justiciables de la laparotomie telles que brides, diverticules, volvulus, corps étrangers de l'intestin grêle, hernies internes. Aussi deux grands préceptes doivent diriger la conduite du médecin, ils sont relatifs au danger du traitement médical et à l'indication de la laparotomie pratiquée le plus tôt possible.

Il y a longtemps qu'on l'a dit, une occlusion intestinale aiguë doit être traitée comme une hernie étranglée. Qui s'aviserait à l'heure actuelle de traiter une hernie étranglée par des purgatifs ou toute autre méthode?

L'opération est nécessaire et il faut qu'elle soit précoce. Le jour où on opérera couramment les occlusions aussi rapidement que les hernies étranglées, la mortalité tombera à 20 ou 25 0/0 dans un cas comme dans l'autre.

L'idéal c'est donc de faire la laparotomie ; encore faut-il la faire dans de bonnes conditions. Si le ventre n'est pas ballonné, c'est la laparotomie qu'il faut faire d'emblée, on tâchera de faire une petite incision et d'explorer l'intestin rapidement et sans le dévider.

Mais, s'il y a ballonnement du ventre, la laparotomie est contre-indiquée, à mon sens du moins, comme opération primitive. On fera donc d'abord l'anus contre nature, et un peu plus tard, quelques heures après, on pratiquera dans de bonnes conditions une laparotomie médiane, sur un sujet plus vigoureux avec un ventre dégonflé. C'est là la pratique de Schede et nous avons dit quels succès elle lui a donnés.

Dans l'occlusion chronique il est fort difficile d'arriver à un diagnostic rapide. Ce n'est qu'après des alternatives de constipation suivies de selles que s'établit enfin l'occlusion proprement dite.

Les purgatifs ayant réussi dans les débuts, on continue à les employer presque fatalement. En fait, je pense qu'on a le droit d'employer les purgatifs dans les premières vingt-quatre heures d'occlusion proprement dite, ne serait-ce que pour confirmer le diagnostic.

Une méthode préconisée par Faucher, Küssmaül, Senator, Bouchard, et qui dans bien des cas donne de bons résultats, c'est le lavage de l'estomac. Cette pratique mérite d'être toujours tentée en raison de son innocuité et la guérison possible qu'elle peut produire. Nous n'en dirons pas autant du lavement électrique de M. Boudet de Paris. Cette méthode a donné deux cas de mort rapportés dans une clinique récente du Dr Prengrueber ; bien d'autres décès lui sont dûs, qui sont mis sur le compte de l'intervention chirurgicale succédant au lavement électrique impuissant. La laparotomie endossait la responsabilité d'une mort qui ne doit cependant être imputée qu'au traitement électrique. Celui-ci n'a servi qu'à retarder la seule intervention véritablement indiquée.

Que peut faire, en effet, ce traitement dans les cas d'occlusion dus à des brides, cancers, rétrécissements, péritonites, volvulus, torsions? Rien sans doute, sinon d'exagérer les lésions.

Le traitement médical, purgatifs et lavage de l'estomac, peut donc être employé au début d'une occlusion chronique. Mais, dès que le malade sera resté vingt-quatre heures sans émettre ni gaz, ni selles, avec un ventre ballonné et des vomissements, et cela malgré le traitement médical, la question d'intervention chirurgicale se posera comme imminente. On ne devra pas laisser passer le second jour sans avoir opéré.

L'opération de choix doit être ici l'anus contre nature, et on ne le fera pas suivre d'une laparotomie presque immédiate comme nous l'avons conseillé dans l'occlusion aiguë.

Les raisons qui militent en faveur de cette opération sont que l'occlusion chronique est précisément le résultat des lésions qui, de l'avis unanime, sont justiciables de l'entérotomie : cancer, rétrécissements, paralysie intestinale, accumulation de matières, de noyaux de cerises, etc., tumeurs du bassin comprimant l'intestin.

Un autre motif de préférer l'entérotomie, c'est que dans l'occlusion chronique, le ballonnement du ventre est constant; il est, en effet, préparé de longue date par la constipation opiniâtre qui précède l'occlusion vraie.

L'entérotomie devra être faite non pas dans la fosse iliaque gauche comme le conseille M. Verneuil, mais à droite, parce que le cancer qui est une des causes les plus fréquentes d'occlusion chronique a coutume de siéger à l'S iliaque. En outre, l'anus fait à droite a plus de chances d'être placé à peu de distance de l'obstacle. On fera une incision verticale, longue de 12 à 15 cent. environ, tombant à peu près sur l'épine iliaque inférieure. Après l'incision du péritoine, avec l'index introduit dans le ventre, on explore rapidement la partie accessible du paquet intestinal. Si on trouve un obstacle, on le supprime si la chose est possible, si non, on fixe l'intestin à la peau. L'anse qui sera fixée sera soit le cæcum s'il est distendu, soit l'intestin grêle si le cæcum est vide.

Une précaution importante, quand l'intestin est distendu, c'est de ne pas passer les sutures en un seul temps avec l'aiguille de Reverdin, cette manœuvre expose à la perforation de l'intestin, et à l'effusion des matières fécales filtrant par les trous de l'aiguille jusque dans le péritoine. On passera son fil d'abord à travers la paroi abdominale, puis à travers les tuniques superficielles de l'intestin. Les aiguilles courbes ordinaires conviennent admirablement pour exécuter cette petite manœuvre.

En résumé, la laparotomie est la méthode de choix pour le traite-

ment de l'occlusion aiguë. On la fera d'emblée si le ventre n'est pas ballonné. Dans le cas contraire, on fera l'entérotomie d'abord et quelques heures après, la laparotomie médiane. L'occlusion chronique est justiciable de l'anus contre nature. Ultérieurement, bien longtemps après, on peut faire la laparotomie et au besoin réséquer une tumeur cancéreuse ou un rétrécissement, enlever une tumeur pelvienne ou faire toute autre manœuvre indiquée.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

NOTE SUR LE BICHLORURE DE MÉTHYLÈNE ET LES AUTRES ANESTHÉSIQUES, par *Sir Spencer Wells, Bart., F. R. C. S.*, (*British. med. Journal*, 9 juin 1888. — Depuis 1872, sir Spencer Wells emploie le bichlorure de méthylène de préférence aux autres anesthésiques et n'a eu qu'à s'en louer.

Les vapeurs de ce corps peuvent être données sans exception dans tous les cas, car elles produisent une anesthésie complète et leur emploi n'a jamais été suivi de symptômes dangereux pouvant leur être attribués. Cependant il semble qu'il s'agisse ici d'un corps dont la formule chimique n'est pas nettement fixée. Les uns admettent que le bichlorure de méthylène agit comme un mélange de chloroforme et d'alcool méthylique, et le professeur Tyndall assure *qu'il est impossible* de pouvoir faire du bichlorure de méthylène pur à moins de dix shillings l'once. La préparation de Riedel dont s'est servi sir Spencer Wells paraît agir plus rapidement que les autres, mais la vapeur se condense sous forme de neige dans l'appareil, ce qui rend plus difficile son administration. Cette précipitation est produite par une évaporation rapide.

Dans certains cas, en outre, l'anesthésie est produite très lentement et est très fugace; les nausées et le vomissement commencent parfois avant l'anesthésie complète. Sir Spencer Wells s'en tiendra donc au bichlorure de méthylène proposé par le Dr Richardson et qui lui a rendu d'excellents services dans plus de 2,000 opérations.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 *décembre* 1888. — *Présidence de* M. POLAILLON.

SYNOVITES A GRAINS RIZIFORMES. — M. *Terrillon* rappelle qu'en 1886 il a présenté à la Société de chirurgie un malade dont les grains riziformes ne présentaient aucun bacille à l'examen microsco-

pique. M. Martin inocula ces produits pathologiques à des lapins qui moururent plus tard de tuberculose. Le malade remis il y a très peu de temps est encore aujourd'hui très bien portant.

M. *L. Championnière* demande si on a trouvé des bacilles sur les lapins inoculés comme en a rencontré Wallich dont les travaux ont été faits sur un malade de son service.

M. *Reynier* revient sur ce fait qu'on n'a jamais trouvé de bacilles, si ce n'est une fois dans la paroi d'un grain riziforme; quand on s'est borné à l'examen par le microscope, il est absolument nécessaire dans ces recherches de se servir de l'inoculation.

M. *Verneuil* n'est pas étonné de cette absence de bacilles. Ces tuberculoses closes n'en renferment pas, c'est à peine si on en rencontre dans les abcès ossifluents. Aussi le procédé français d'inoculation vaut-il mieux que le procédé allemand de la coupe histologique. Le cobaye doit être choisi pour les inoculations tuberculeuses à cause de la constance de ses réactions.

Deux cas d'anévrysme poplité traités par la ligature de la fémorale. — Il s'agit de deux observations présentées par M. Brun. Chez les deux malades, la compression par la bande d'Esmarch avait été inefficace et la ligature de la fémorale fut pratiquée dans le canal de Hunter avec un catgut n° 4. La guérison suivit ces deux interventions.

A ce propos, *M. Reclus* analyse les déductions tirées par M. Brun et après avoir cité la statistique de Ponisot de Delbet, prend celle donnée par M. Brun et complétée par lui. Il arrive à quatre vingt-deux cas sur lesquels il relève quatre morts et cinq gangrènes qui ont nécessité l'amputation. Ce qui fait une mortalité de 5 0/0, bien inférieure à celle de 18 0/0 citée dernièrement dans la Revue de chirurgie. Cette mortalité déjà faible doit encore diminuer, car en analysant les faits, on trouve une asystolie qui eût causé la mort quelle qu'eût été l'intervention et dans les autres cas, il y a eu suppuration du sac, ce qui arrivera de moins en moins au fur et à mesure que l'antisepsie se perfectionnera. Reste la gangrène ! Elle est survenue chez les malades soumis auparavant à de nombreuses séances de compression. Or toutes les manœuvres considérées autrefois comme douces, ont cependant donné un certain nombre de morts; la bande d'Esmarch notamment expose à des embolies, comme a pu le constater Bardeleden. D'un autre côté, la flexion forcée dans les anévrysmes poplités, ne donne que 36 0/0 de succès, la bande d'Esmarch 46 0/0, la compression digitale ne guérit elle-même qu'un malade sur deux. On reviendra donc à la ligature qui donne déjà un plus grand nombre de guérisons et qui en donnerait davantage si les malades n'avaient pas passé par la succession des mé-

thodes dites de douceur, qui elles-mêmes prédisposent à la gangrène.

Où placer le fil? le plus près possible du sac; car aujourd'hui on ne doit plus craindre, grâce à l'antisepsie, les hémorrhagies secondaires. C'est la conduite que M. Reclus a tenue dans la cure d'un anévrysme axillaire et il a obtenu un résultat étonnant. Pour le poplite, à cause de sa profondeur, il est plus difficile d'assigner des limites précises, car l'anévrysme peut remonter plus ou moins haut; on mettra donc le fil où on pourra.

Faut-il pratiquer l'extirpation du sac? M. Delbet est enthousiaste de ce moyen; M. Reclus préfère de beaucoup la ligature. Le premier procédé est trop aventureux et ne doit être tenté que dans des cas exceptionnels.

M. *L. Championnière* partage l'avis de M. Reclus. Dans les statistiques il faudrait ne réunir que des cas semblables, c'est-à-dire des opérations faites par des chirurgiens faisant également bien l'antisepsie. Les hémorrhagies secondaires ne sont en effet plus à craindre et la gangrène ne se montre pas probablement parce qu'aucun phénomène inflammatoire ne se montre au niveau de la ligature. Les méthodes dites douces comme la flexion, sont souvent de véritables tortures. Quant à l'extirpation, elle peut être conseillée par de jeunes auteurs faisant surtout des travaux de statistique; mais celles qu'il a pratiquées pour un anévrysme de la radiale et de l'humérale lui permettent de dire que c'est une opération excessivement laborieuse dans laquelle on ne doit s'engager que lorsque les circonstances vous y forcent.

M. *Verneuil* soutient le procédé de la flexion, qui est en général mal faite. Il faut l'appliquer avec des intermittences si on ne veut pas en effet faire souffrir énormément son malade; mais c'est une pratique à conserver. La compression digitale est insupportable pour le malade et les personnes qui la pratiquent, la bande d'Esmarch donne lieu à des accidents; la ligature s'impose donc mais en tenant compte de l'âge du sujet, car il a vu mourir au bout de six jours un homme de 80 ans, sans qu'aucun accident pût expliquer cette terminaison funeste. Il faut aussi tenir compte de l'état du cœur. Quant à l'extirpation, il faut la rejeter; il se souvient encore d'un anévrysme poplité qu'il opéra de cette façon, pressé par ses élèves! et il ne recommencera pas. Du reste, que faire des nerfs, s'ils passent, comme cela se voit quelquefois, dans la tumeur?

M. *Trélat* a dans ce moment un malade atteint d'anévrysme poplité et tout en n'approuvant pas dans tous les cas l'extirpation, cette méthode ne lui paraît pas excessive. On a cité, pendant la discussion, le petit travail de M. Championnière; mais il a surtout trait

à la ligature des gros vaisseaux par le catgut. M. Championnière est trop exclusif et un fil de soie peut très bien sortir de la plaie de la ligature sans qu'il y ait eu production d'une goutte de pus. Il a publié un exemple semblable. Cependant il préfère et fait depuis six ans la ligature au catgut.

M. *Kirmisson* fait aussi toujours ses ligatures de gros vaisseaux au catgut et il a dernièrement lié l'humérale pour un anévrysme diffus de cette artère.

M. *Terrier* emploie toujours des fils de soie absolument aseptiques et n'a jamais eu d'élimination.

M. *Reclus* n'a rien à répondre, si ce n'est qu'il conseillerait encore l'extirpation qu'il a conseillée autrefois à M. Verneuil et cela parce qu'il existait une collatérale qui a été susceptible de donner une hémorrhagie considérable pendant l'ablation et qui, par conséquent, eût pu faire réapparaître les battements de la tumeur.

TRAITEMENT DE LA SALPINGITE (suite de la discussion). — M. *Terrier* apporte les résultats de sa pratique consignés en partie dans la thèse de M. Monprofit. Il a pratiqué 8 fois l'ablation des annexes, 4 fois pour des tubo-ovarites suppurées, 1 fois pour une hémosalpingite unilatérale, 2 fois pour des accidents nerveux occasionnés par une salpingo-ovarite et par des fibromes utérins, enfin une dernière fois pour une double salpingite ; cette dernière malade avait une trompe droite abcédée et communiquant avec l'intestin, elle mourut. Les autres malades ont été revues et ont toutes été améliorées. Pour M. Terrier, les salpingo-ovarites suppurées sont toutes justiciables de l'opération ; dans les cas d'hémosalpingite, on peut aussi intervenir ; mais il est inutile de faire l'ablation des annexes des deux côtés. Enfin, pour les accidents nerveux, on peut, comme il l'a fait, pratiquer une castration double.

La pathogénie des salpingites est celle de la propagation par la muqueuse ; du reste, les muqueuses sont elles-mêmes doublées de vaisseaux lymphatiques qui peuvent s'enflammer avec elles. Dans la propagation, la seule chose difficile à expliquer est le passage de l'inflammation de la trompe à l'ovaire et au tissu rétro-utérin, comme il en a eu deux exemples. Ce diagnostic est véritablement difficile et doit être fait sous le chloroforme dans certains cas.

Il n'est pas de l'avis de M. Routier qui recommande toujours l'intervention ; car si elle rend des services considérables dans les salpingites suppurées, elle peut être inutile dans les salpingites catarrhales et autres qui sont le plus souvent sous la dépendance d'une métrite.

LECTURE. — M. le secrétaire général lit une observation de M. Re-

1° Une composition écrite sur un sujet concernant les affections vénériennes (trois heures seront données pour cette composition);

2° Une épreuve orale de diagnostic sur deux malades atteints d'affections chirurgicales (exposé de vingt minutes après examen de vingt minutes au lit des malades);

3° Épreuve de médecine opératoire sur un cadavre.

Art. 7. — Pour les épreuves orales la note maxima sera de 20 points; elle sera de 30 points pour l'épreuve écrite et pour l'épreuve de médecine opératoire.

Art. 8. — Pour le concours d'internat, le jury sera constitué comme il est dit aux articles 3 et 4 ci-dessus, mais seulement avec trois juges et un suppléant.

Les épreuves comprendront :

1° Une composition écrite qui portera sur un sujet d'anatomie et de pathologie, et pour laquelle il sera donné deux heures. Ce sujet sera pris par tirage au sort entre six questions arrêtées par le jury au début de la séance, tenues secrètes et closes sous enveloppes distinctes;

2° Une épreuve orale sur un sujet concernant les maladies vénériennes (leçon de dix minutes après dix minutes de réflexion);

Art. 9. — Les dates et lieux des concours à intervenir seront fixés par arrêté ministériel, ainsi que les emplois auxquels ces concours auraient pour objet de pourvoir.

Art. 10. — Le conseiller d'État, directeur de l'administration pénitentiaire, et le préfet de police seront chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 12 décembre 1888.

Pour le président du Conseil, Ministre de l'intérieur,
Le sous-secrétaire d'État,
Léon Bourgeois.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Anatomie des centres nerveux, leçons professées par le Dr Ludwig Edinger, traduit de l'allemand par M. Siraud, externe des hôpitaux de Lyon. — Paris, 1889, 1 vol. gr. in-8° de 235 pages avec 122 figures, 8 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3

poui arriver au baccalauréat restreint, qui peuvent remédier à cette absence de connaissances préliminaires indispensables.

« Mais c'est ici que le tact de l'auteur doit se montrer : savoir se borner sans rien omettre d'essentiel ; ne pas perdre de vue le public spécial auquel on s'adresse, et, tout en restant concis, présenter un aperçu suffisamment complet de l'organisation et des rapports de l'ensemble des différents types. C'est cette juste mesure qu'il est si difficile de garder, qui est l'écueil de beaucoup d'ouvrages, d'ailleurs estimables.

« Un des principaux mérites de l'ouvrage rédigé d'après le cours de M. Roule réside précisément dans le choix judicieux des matières. Chargé, en outre de ses fonctions à la Faculté des sciences, de l'enseignement de la zoologie dans une école de médecine. M. Roule s'est bien pénétré des besoins de l'auditoire spécial auquel il s'adressait, et s'est préoccupé avant tout d'être clair et concis. Il a su faire entrer dans un cadre restreint toutes les applications de la zoologie à l'art médical, et sans rien omettre d'essentiel, s'est attaché à présenter un tableau d'ensemble de l'organisation et des rapports des différents groupes entre eux, insistant sur les groupes les plus importants à connaître pour le médecin, passant rapidement, tout en en donnant une idée suffisante, sur les espèces qui n'ont qu'un intérêt purement zoologique. »

Tout en exposant les détails pratiques qui intéressent le médecin et le pharmacien, l'auteur a indiqué les relations des êtres entre eux, afin de montrer l'enchaînement des groupes d'animaux et de laisser dans l'esprit une idée générale sur l'évolution du monde biologique, et cela autant dans le but de satisfaire à l'esprit philosophique de la zoologie actuelle, que pour permettre à la mémoire de mieux retenir les détails, en les rattachant à un petit nombre de faits principaux découlant les uns des autres.

Cet ouvrage est divisé en trois parties. La première est consacrée à la morphologie générale, les termes techniques et les principales formes y sont expliqués succinctement ; la lecture de cette première partie est donc nécessaire pour bien comprendre la seconde.

Celle-ci renferme l'étude particulière de chacun des groupes d'animaux, en insistant de préférence sur tous ceux qu'il est utile au pharmacien et au médecin de connaître.

La troisième partie, enfin, est un simple appendice, dans lequel sont rassemblés tous les faits relatifs aux substances fournies par le règne animal à la matière médicale.

L'auteur a cherché surtout à rendre cet ouvrage utile et pratique; aussi a-t-il multiplié les tableaux et les figures, en s'appliquant à

L'ERGOTININE de TANRET, *lauréat de l'Institut,* alcaloïde et principe actif de l'… s'emploie dans tous les cas où celui-ci est indiqué. L'auteur en prépare un **Sirop** à 1/4 mill… cuillère à café — (dose : de 1 à 6 par jour) — et une **Solution** hypodermique à 1 millig… cube — (dose : de 3 à 10 gouttes). — L'injection d'**Ergotinine de Tanret** ne produit … d'accidents locaux.

Vente en Gros : Ch. TANRET, 14, Rue d'Alger, PARIS.
Détail à Paris : Phie TANRET, 64, Rue Basse-du-Rempart.

GOUDRON FREYSSINGE

Cette liqueur est de l'eau de goudron concentrée (formule adoptée par le nouveau Codex). C'est la seule préparation rationnelle pour administrer le goudron **(Bronchites** et **Catarrhes chroniques, Affections diathésiques, Affections cutanées, Septicemie)**.

Mode d'emploi. — **Boissons :** 2 cuillerées par litre d'eau, vin, bière, tisanes, etc. — **Lotions, injections :** 4 cuillerées par verre d'eau. — **Pulvérisations :** pur ou coupé de partie égale d'eau.

LE FLACON 1 FR. 50. 105, RUE DE RENNES, PARIS, ET LES PHARMACIES

Avoir bien soin de prescrire **Goudron Freyssinge.** — *Les préparations similaires ayant une composition et des propriétés très-différentes.*

Dragées Demazière

CASCARA SAGRADA	IODURE de FER et CASCARA
Dosées à 0 gr. 125 de Poudre.	0 gr. 10 d'Iodure — 0 gr. 03 de Cascara
Véritable Spécifique de la Constipation habituelle.	*Le plus actif des Ferrugineux n'entraînant pas de Constipation.*

Dépôt général : Pharmacie G. DEMAZIÈRE, 71, Avenue de Villiers, Paris

Echantillons franco aux Médecins.



Nouveau Sinapisme *fait avec de la farine de moutarde pure.*

Pour recevoir un échantillon gratuit il suffit d'envoyer sa carte (5 cent. d'affranchissement), à **MM. COLMAN, 108, Cannon Street-Londres.**

35e Année. — Tome II. N° 150 Samedi 22 Décembre 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Considérations sur le traitement de l'occlusion intestinale suivies d'une observation d'occlusion traitée par l'anus contre nature.

Par le Dr CHAPUT
Chirurgien des hôpitaux (1).

(*Suite*) (1).

Entérotomie. Avantages et inconvénients.

1° *Avantages de l'entérotomie.*

L'entérotomie est en train de revenir en faveur. M. Verneuil la préconise dans les cas où le diagnostic est douteux pour parer aux accidents. M. Tillaux après avoir été partisan de la laparotomie revient à l'anus contre nature. Schede conseille de faire l'anus chirurgical dans un premier temps pour soulager le malade, puis d'exécuter la laparotomie un peu plus tard dans de meilleures conditions.

Enfin, Lawson Tait, dans un article récent du *Bulletin médical*, paraît avoir absolument renoncé à la laparotomie pour les cas d'occlusion. Il a pratiqué l'entérotomie avec beaucoup de succès.

Examinons donc les raisons qui plaident pour ou contre l'entérotomie.

En premier lieu, il est hors de conteste que l'anus artificiel est l'opération de choix dans les cas de cancer de l'intestin ou de rétrécissement, dans ceux de paralysie intestinale, dans ceux enfin de compression par certaines grosses tumeurs de l'abdomen. La difficulté est, nous le savons bien, de faire le diagnostic, mais nous examinerons ce point ultérieurement.

L'anus a encore de grands avantages comme moyen de diagnostic. Il permet de reconnaître avec une grande facilité une péritonite méconnue jusque-là. Par la plaie de la paroi abdominale, on peut, on doit même explorer avec le doigt toute la partie accessible de la

(1) Voir *France médicale*, n. 149.

Inconvénients de l'entérotomie. — On reproche généralement à l'entérotomie d'être inutile et impuissante dans les cas de *brides, torsions, corps étrangers de l'intestin grêle,* etc... Cette opinion est peut-être exclusive ; qui sait si l'intestin vidé de son contenu, diminué de volume, calmé, débarrassé de ses contractions désespérées, ne pourra échapper aux causes d'étranglement qui agissaient sur lui. Mais ceci n'est qu'une hypothèse. Ce qui est plus certain, c'est que ce sont justement ces cas qui sont justiciables de la méthode de Schede et qui grâce à elle pourront être guéris.

Un second reproche fait à l'entérotomie c'est sa gravité. Je m'empresse de dire que les statistiques antérieures ne méritent aucune créance pour les raisons que voici. Le plus souvent l'anus a été fait beaucoup trop tard, dans des conditions désespérées; jusqu'ici en effet, le public médical tergiverse trop longtemps dans les cas d'occlusion, et les malades arrivent au chirurgien dans un état des plus alarmants. On ne doit donc pas plus rejeter l'entérotomie que la laparotomie, si leurs résultats sont mauvais, parce que ces opérations ont été faites jusqu'ici le plus souvent dans de mauvaises conditions. Et puis, l'entérotomie de Nélaton, qui a eu si longtemps la faveur, est une mauvaise opération, en ce sens qu'on va chercher la première anse d'intestin grêle, quand bien souvent l'anus serait mieux placé au cœcum. Disons enfin que l'entérotomie de Nélaton a été faite sans antisepsie, du moins à la période de sa grande faveur.

Ces explications permettent de comprendre pourquoi l'entérotomie est peu à peu tombée dans un discrédit qui s'est encore accru par la faveur avec laquelle on accueillit les premiers succès de la laparotomie.

En réalité, il n'existe pas de statistique bien faite de l'entérotomie, et ici comme dans bien des cas, les statistiques antérieures sont trompeuses.

Les chirurgiens qui ont pratiqué cette opération la considèrent comme bénigne, et Lawson Tait sur onze entérotomies, n'a eu que deux cas de mort, léthalité bien inférieure à celle de la laparotomie classique.

De la conduite à tenir dans les cas d'occlusion intestinale.

Deux cas peuvent se présenter.

On peut avoir affaire à une occlusion aiguë ou à une occlusion chronique.

Dans l'occlusion aiguë, un malade est pris en pleine santé d'une douleur vive de l'abdomen, immédiatement les selles et les gaz se suppriment, l'urine diminue, le facies se tire, l'algidité commence. Le ventre plat pendant quelques heures ne tarde pas à se laisser distendre.

Ces cas d'occlusion aiguë sont presque toujours causés par des

35e Année. — Tome II. N° 151 Mardi 25 Décembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

—

De la présence des microbes dans les kystes dermoïdes congénitaux de la face.

Par MM. Verneuil et Clado (1).

Le rôle que jouent les microbes dans l'organisme sain et malade est à coup sûr l'un des problèmes les plus intéressants de la science médicale moderne. Il convient donc de rechercher ces microbes dans toutes les parties du corps : surface extérieure, cavités, humeurs et parenchymes, et surtout dans les foyers pathologiques. C'est pourquoi, le hasard ayant amené pendant ces temps derniers à la Clinique chirurgicale de la Pitié quatre cas de kystes dermoïdes congénitaux de la face, nous avons cru utile de les examiner au point de vue particulier de la Microbiologie.

Ces kystes, comme on le sait, formés aux dépens des fentes branchiales, sont constitués par une paroi propre et par un contenu décrits trop complètement par les anatomo-pathologistes pour qu'il soit nécessaire d'y revenir (2) ; mais il n'est pas arrivé, à notre connaissance, qu'on ait constaté ni même recherché soit dans cette paroi, soit dans ce contenu, l'existence des micro-organismes.

Or, trois fois sur quatre, nous les avons trouvés dans les conditions suivantes : deux fois il s'agissait de kystes dermoïdes du plancher de la bouche chez des sujets masculins de 14 et 16 ans ; une fois d'un kyste dermoïde de la queue du sourcil droit chez un jeune homme de 22 ans.

Dans ces trois cas, le liquide recueilli un peu avant l'opération, avec les précautions nécessaires pour que toute contamination de

(1) Communication à l'Académie des sciences.

(2) Voir le beau Traité des kystes congénitaux, par MM. Lannelongue et Achard, 1886, 1re partie.

dehors fût impossible, traité par les réactifs d'usage et examiné sur-le-champ au microscope, présentait, outre les éléments ordinaires (cellules épithéliales diverses, granulations graisseuses, poils follets, etc.), des microbes de formes diverses, en nombre variable, susceptibles d'être multipliés par le procédé des cultures et qui, inoculés à des cobayes et à des souris, n'ont paru posséder aucune propriété pathogène,

Au point de vue de la forme, qui est variable, nous avons trouvé dans le kyste de la queue du sourcil du jeune homme de 22 ans, des bâtonnets ressemblant à ceux de la fièvre typhoïde, de 7 micras environ, légèrement recourbés et arrondis à leurs extrémités, isolés ou réunis en groupes dans l'intervalle des cellules épidermiques ou épithéliales, quelques-uns même siégeant dans les cellules sébacées. La paroi du kyste n'en renfermait pas. Par la culture, ces bâtonnets liquéfient la gélatine et se disposent en étoile. La culture sur l'agar glycériné donne une tache d'un blanc grisâtre, un peu exubérante, à bords légèrements relevés.

Dans les kystes du plancher de la bouche, à paroi et à contenu tout à fait types, grande quantité de micrecoques mobiles, libres, ne formant ni amas, ni grappes, ni chapelets, ni chaînettes. Multiplication facile par la culture. N'existant pas dans la paroi.

Le quatrième kyste, enlevé au sourcil d'une fillette de 15 ans, a donné des résultats douteux ; le liquide recueilli pendant l'opération, alors que la poche avait été ouverte par le bistouri, a pu à la rigueur être mêlé de germes étrangers. Quoi qu'il en soit, examiné quelques minutes après son issue, il ne présentait aucun microbe. Mais les cultures sur l'agar-agar glycériné donnent des colonies d'un blanc laiteux composées de microcoques non pathogènes.

On ne saurait, d'après un aussi petit nombre de cas, se prononcer sur la fréquence plus ou moins grande de la colonisation microbienne des kystes dermoïdes de la face, ni rien affirmer sur la signification du fait en lui-même. A cet égard, il faudra étudier comparativement les cas positifs et les cas négatifs et voir s'ils correspondent à des différences dans la marche de l'affection.

Trois remarques néanmoins sont dès à présent permises :

1° Les kystes, dans lesquels on a rencontré des microbes, bien qu'indolents comme d'habitude, étaient en voie de progrès manifeste quand les malades sont venus à l'hôpital. Il serait donc possible que l'invasion microbienne ait été pour quelque chose dans cet accroissement dont les causes sont actuellement peu connues (les kystes en question pouvant rester stationnaires pendant de longues années).

2° Les kystes dermoïdes de la face, entièrement développés et

clos pendant la vie intra-utérine et dont la cavité n'a jamais été en communication directe avec le monde extérieur, n'ont pu recevoir les microbes qui les habitent que par l'intermédiaire du système vasculaire qui, naturellement, les renfermait au préalable.

3° La présence des microbes dans les kystes dermoïdes ne se révélant par aucun signe objectif ou subjectif, nous fournit un nouvel exemple de ce que l'un de nous a décrit sous le nom de *microbisme latent*.

Recherches sur l'anesthésie hystérique.

Par M. Alfred Binet (1).

Les recherches suivantes ont été faites sur douze hystériques hémi-anesthésiques, appartenant à plusieurs services hospitaliers de Paris :

1° L'excitation d'une région anesthésique, quoique n'étant pas perçue par le sujet sous la forme d'une sensation tactile ou musculaire, détermine l'image visuelle de la région excitée ; cette image visuelle peut être recueillie sur un écran qu'on prie le sujet de regarder fixement; elle dure aussi longtemps que l'excitation qui la produit. (Il est bien entendu que, dans toutes les expériences, on supprime pour le sujet la vue de la région excitée et l'on évite tout ce qui pourrait donner lieu à une *suggestion*).

2° La piqûre de la région anesthésique détermine sur l'écran l'apparition d'un point sombre ou éclairé ; une ligne, un dessin quelconque tracés avec une pointe de compas sur la peau insensible produisent sur l'écran le même dessin en lignes de couleur ; une légère constriction autour du poignet ou du doigt de la main insensible fait apparaître l'image visuelle de ces parties ; les mouvements passifs communiqués aux divers segments d'un membre anesthésique sont reproduits par l'image visuelle de ce segment et peuvent être comptés; enfin les diverses attitudes d'un membre, qu'on peut provoquer au moyen d'une contracture artificielle, se retrouvent également dans l'image visuelle.

3° L'excitation, avec le compas, de la peau insensible, provoque, selon l'écart des deux pointes de compas, et selon la région explorée, tantôt deux points visuels, tantôt un seul ; on peut, grâce à cette méthode, mesurer cette sensibilité spéciale d'un membre anesthésique, comme on mesure celle d'un membre sensible, avec cette seule différence que, pendant l'exploration, l'interrogation de l'expéri-

(1) Note présentée à l'Académie des sciences par M. Brown-Séquard.

mentateur ne porte pas sur le nombre des sensations tactiles perçues, mais sur le nombre de points qui apparaissent sur l'écran. Mesurée par cette méthode, la sensibilité du membre soi-disant anesthésique paraît généralement normale.

4° Les impressions visuelles produites par l'excitation d'une région insensible sont claires ou sombres, suivant les sujets; à mesure que l'excitation se rapproche d'une région sensible, la couleur de l'impression se modifie régulièrement : elle prend une teinte rouge. L'excitation des régions hypnogènes que l'on rencontre fréquemment chez les hystériques sur le ventre et diverses parties du corps, provoque des impressions lumineuses dont l'éclat est comparable à celui de la lumière électrique. C'est probablement cette sensation lumineuse qui provoque la somniation.

5° Les images visuelles sont assez intenses pour s'extérioriser; elles couvrent les objets extérieurs, elles suivent le mouvement des yeux, elles persistent les yeux fermés; projetées sur un écran qu'on rapproche et qu'on éloigne, elles s'agrandissent, comme une image consécutive, et s'éclaircissent quand on éloigne l'écran; dans le cas contraire, elles deviennent plus petites et plus intenses. Ces changements de grandeur de l'image visuelle sont faciles à constater, en provoquant, à l'aide de deux piqûres, deux points lumineux dont on prie le sujet de mesurer la distance sur l'écran. Enfin, les images visuelles ainsi provoquées revêtent la couleur complémentaire de celle des surfaces sur lesquelles on les extériorise.

6° Si l'on marque sur l'écran un point destiné à fixer le regard du sujet, l'image visuelle déterminée par l'excitation d'une région anesthésique est constamment localisée sur le point de fixation; le lieu de l'excitation n'importe pas; que la piqûre soit faite à la face, sur le membre supérieur ou sur le membre inférieur, la petite tache ainsi produite vient toujours couvrir le point de fixation. Si, pendant qu'on continue la première excitation, on en fait une seconde (nous supposons qu'il s'agisse de deux piqûres), la seconde image visuelle ne se confond pas avec la première, mais se fixe à une certaine distance du point de fixation. Si, enfin, on supprime la première excitation et qu'on prolonge la seconde, la seconde image se rapproche par un mouvement lent du point de fixation et s'y localise. Après ce changement de position, la seconde image présente une couleur différente et apparaît plus distinctement. Ces expériences, comme je le montrerai, peuvent nous renseigner sur le champ de la vision mentale.

7° Lorsque deux piqûres sont faites simultanément à la peau insensible, les deux points visuels, chez quelques malades, apparaissent sur l'écran, séparés exactement par la même distance que les

deux piqûres, à la condition que cette distance ne dépasse pas 2 centimètres ou 3 centimètres; pour les distances plus considérables, il s'opère, dans les perceptions visuelles, un phénomène de réduction.

8° Lorsqu'on trace des lignes sur la main insensible, et que celle-ci est placée dans le même plan que l'écran, les lignes visuelles qui apparaissent sur l'écran sont parallèles à celles qu'on a tracées sur la main.

9° Les images visuelles provoquées, persistant aussi longtemps que l'excitation qui leur donne naissance, peuvent être fixées sur l'écran par le dessin dans leurs moindres détails.

10° La signification des images visuelles provoquées n'est pas constamment comprise par les sujets; lorsqu'on imprime un mouvement passif au doigt d'une main insensible, le sujet décrit parfois ce qu'il voit sur l'écran comme une raie blanche, un bâton, une colonne, etc., bien que cette forme indécise soit réellement celle de son doigt, comme on peut s'en assurer par la concordance des mouvements du doigt et de l'image visuelle. Il résulte de ceci que la vision mentale a ses illusions comme la vision extérieure.

11° Les images visuelles provoquées ne sont jamais mises par le sujet en rapport avec l'excitation de son membre anesthésique; le sujet ne se doute pas des expériences qu'on pratique sur sa sensibilité, et il ne cesse pas de croire à son anesthésie.

12° Les images des régions anesthésiques du corps ne sont pas les seules qu'on peut provoquer par l'excitation de ces régions; si l'on place un objet familier dans la main insensible, le sujet voit cet objet sur l'écran; si l'on imprime un mouvement graphique à la main insensible, le sujet voit sur l'écran les lettres tracées.

Considérations sur le traitement de l'occlusion intestinale, suivies d'une observation d'occlusion traitée par l'anus contre nature.

Par le Dr Chaput

Chirurgien des hôpitaux.

(Suite et fin) (1).

Nous allons maintenant rapporter une observation personnelle d'*occlusion intestinale chronique traitée avec succès par l'entérotomie.*

F.... (Antoine), 52 ans, entre le 7 septembre 1888, salle Saint-Landry (Hôtel-Dieu), lit n° 6.

Parmi les antécédents qui peuvent nous intéresser, je note qu'il y a neuf ans (en 1879), le malade présenta des crises de constipation

(1) Voir *France médicale*, n. 149 et 150.

avec ballonnement du ventre, coliques et vomissements. Ces crises cédaient à la longue aux purgatifs. Du moins, de 1879 à janvier 1880, ces crises se reproduisirent avec une grande fréquence, puis finirent par cesser totalement, les selles revenant d'une façon régulière.

Au commencement de juillet 1888, reprise des mêmes accidents, qui cédèrent d'abord à l'emploi des purgatifs. A partir du 15 août, des vomissements répétés surviennent, le malade vomit les aliments solides, seules les boissons ne sont pas rejetées. Cet état se prolonge si bien que le 7 septembre, le malade entre à l'Hôtel-Dieu. Depuis quatre jours, il n'a rendu par l'anus ni gaz ni matières. Les vomissements sont devenus fécaloïdes.

Je suis appelé auprès du malade à deux heures de l'après-midi. Je trouve le malade dans l'état suivant : Facies grippé, abdominal, traits tirés, figure amaigrie, yeux profondément encavés. Le ventre est énormément distendu, le ballonnement est un peu plus considérable à droite qu'à gauche. Partout l'abdomen est sonore, nulle part la palpation ne révèle de tumeur. A travers les parois abdominales les anses très distendues se dessinent avec leurs sinuosités et leurs mouvements. Le malade éprouve de vives douleurs dans tout le ventre. Toutefois, l'exploration n'est pas très pénible. Le toucher rectal n'a rien d'anormal. Le pouls est très misérable et rapide, les urines rares, il y a de l'algidité marquée. Enfin, le malade respire difficilement, les inspirations sont fréquentes et l'auscultation révèle aux deux bases des râles sous-crépitants assez nombreux. Dans un bassin à côté du lit se trouvent des vomissements fécaloïdes.

En présence des symptômes alarmants présentés par le malade, du ballonnement excessif et de l'altération de l'état général, considérant d'autre part que l'affection date de longtemps et que le malade est très amaigri, je considère comme plus probable le diagnostic de néoplasme du gros intestin et je me décide à faire l'entérotomie.

Une longue incision verticale est faite dans la fosse iliaque droite. J'arrive bientôt dans la cavité péritonéale. Quelques anses d'intestin grêle se présentent d'abord, je les écarte et trouve derrière elles, le cœcum très distendu. A l'aide d'aiguilles courbes ordinaires, je fixe le cœcum à la peau, non pas à la manière classique, mais en laissant entre les deux rangées de suture une surface elliptique large d'environ 2 mètres au milieu du niveau de la plaie.

Les fils sont serrés immédiatement. J'ouvre ensuite aux ciseaux le cœcum. Il s'échappe une quantité énorme de matières fécales.

Le malade se trouve très soulagé aussitôt l'opération et ne tarde pas à revenir à la santé.

Le 16 septembre, on trouve mélangée aux matières fécales une grande quantité de noyaux de cerises et de peaux de cerises.

Ces noyaux sont éliminés du 16 au 21 septembre, il en sort environ plein les deux mains. On apprend alors que c'est au commencement de juillet que le malade s'est ingurgité une énorme quantité de cerises avec leurs noyaux.

A un mois de là, le malade étant d'ailleurs en parfaite santé, sur les conseils de mon collègue M. Campenon, suppléant M. Bichat, je me décide à tenter la fermeture de l'anus cœcal. Je fais donner au malade des lavements simples et purgatifs, j'introduis par le rectum une sonde œsophagienne qui pénètre à une profondeur extrême. Jusque là, en effet, le malade n'avait rendu par l'anus ni gaz ni matières, sauf une masse d'aspect caséeuse, molle, dont la nature ne put d'ailleurs être déterminée. L'opération complémentaire avait été fixée au 27 octobre.

J'apprends en arrivant, que malgré les lavements purgatifs donnés avec la sonde œsophagienne, le malade n'a évacué aucune matière et aucun gaz.

Soupçonnant un obstacle, j'endors le malade et fais une nouvelle exploration avec la sonde œsophagienne. Cette fois, je sens l'instrument nettement arrêté à une faible distance. Je dilate alors l'anus et introduis une main presque entière dans le rectum. Je sens au bout de mes doigts une sorte de boudin ressemblant à une invagination. Je m'abstiens d'entrer ma main plus avant afin d'éviter la déchirure du rectum.

Certain que l'obstacle au cours des matières est dans la fosse iliaque gauche, je me décide à faire la laparotomie dans cette région, afin de déterminer la nature de l'obstacle, et dans le but de le supprimer si c'est possible.

L'incision est faite verticale, avec une longueur de 15 à 18 centimètres.

Après quelques recherches je découvre l'extrémité inférieure de l'S iliaque qui est de volume normal. Mais en remontant, l'intestin se rétrécit au point de ne plus présenter que le volume du petit doigt : ce rétrécissement siège sur une hauteur d'environ 25 cent. et je ne puis arriver à en apercevoir le bout. Les tuniques de l'intestin ont leur consistance normale.

Il était impossible de songer à une résection d'une pareille étendue, aussi je pris le parti de refermer simplement le ventre. Le 5 novembre, la guérison de la plaie abdominale était complète.

Le 26 novembre, j'appris qu'à plusieurs reprises le malade avait évacué des gaz par l'anus, il avait aussi rendu deux nouveaux noyaux de cerise, l'état général restait satisfaisant.

Cette observation soulève un certain nombre de questions. Tout d'abord de quelle nature était ce rétrécissement si étendu du côlon

descendant et de l'S iliaque. Jamais rien de pareil n'a été observé par les auteurs, et après avoir fait quelques recherches dans la littérature, j'ai fini par rencontrer l'analogue de cette lésion dans le ratatinement que présentent le côlon transverse et le côlon descendant, dans l'entéroptose de Frantz Glénard.

Dans l'entéroptose, les fonctions des malades s'exécutent, quoique avec difficulté, et l'occlusion intestinale est l'exception.

Ceci est d'un pronostic favorable pour l'avenir. Il est, en effet, probable que les accidents de notre malade sont attribuables à la réunion du rétrécissement et des noyaux de cerise. Tel corps étranger qui serait innocent avec un intestin normal pourra obturer un intestin rétréci.

Les noyaux de cerise étant éliminés (et nous devons remarquer que quelques gaz ont passé depuis l'évacuation de deux nouveaux noyaux), il est à espérer que les matières pourront bientôt reprendre leur cours.

En résumé, je crois que le choix de l'entérotomie a été heureux chez ce malade, non seulement parce qu'en raison de son état général et de son ballonnement, la laparotomie l'aurait tué à coup sûr, mais encore parce qu'il est bien certain que cette opération n'aurait pas permis de reconnaître les noyaux de cerise. Peut-être aurait-on trouvé le rétrécissement du côlon descendant, mais qu'en eût-on pu faire.

Cette observation vient donc, en somme, à l'appui des doctrines que j'ai soutenues sur le traitement de l'occlusion chronique par l'entérotomie.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS.

Séance du 25 octobre 1888. — Présidence de M. Bouchard.

M. *Besançon* lit, au nom de MM. *Morand et Richard*, une observation intitulée : Prolapsus de la muqueuse uréthrale chez une petite fille. Opération. (Voir *France médicale*, n° 129.)

M. *Villar*. La rareté des prolapsus uréthraux rend cette observation fort intéressante. Les tumeurs faisant saillie à l'orifice uréthral peuvent être soit des polypes, soit une hypertrophie de la muqueuse, soit un prolapsus. J'aurais voulu quelques détails sur la possibilité ou la non possibilité de la réduction, qui aurait facilité le diagnostic.

M. *Rendu*. Il s'agit en somme d'une affection rare, mais qui pourrait être rapprochée du prolapsus rectal.

M. *Letulle* communique à la Société une observation de tremblement mercuriel. (Voir *France médicale*, n°s 131 et 132.)

M. *Bulzer*. Aurait-on pu avoir une notion des doses toxiques né-

cessaires à la production des accidents? Cette constatation serait intéressante et serait possible par le dosage du mercure dans les urines. Il est certain que même après une longue intoxication on ne voit jamais d'accidents cérébraux graves. Je réponds ainsi à une objection faite aux injections sous-cutanées de mélanges ou combinaisons mercuriels, objection qui tombe d'elle-même par l'observation des malades soumis par leur profession à une intoxication coutume.

M. *Letulle.* Il serait difficile de déterminer les doses toxiques nécessaires à la production des accidents. Chez les individus exerçant la profession de mon malade (préparation de poils de lapin pour les feutres), l'absorption se fait de deux façons différentes, par le contact avec les liquides mercuriels, par la pénétration de poussières mercurielles provenant des produits après leur dessiccation. Le dosage en serait impossible. Mais, expérimentalement, chez les cobayes, on peut continuer pendant longtemps l'administration du mercure pourvu qu'elle soit faite à petite dose. A forte dose on fait mourir les animaux avec les lésions intestinales ordinaires de l'hydrargyrisme aigu.

M. *Rendu.* Il y a un autre facteur dont il faut tenir compte, c'est la réceptivité individuelle si variable suivant les sujets. Les accidents observés chez le malade de M. Letulle peuvent être rapprochés de ceux de l'hystérie saturnine et des autres hystéries toxiques. J'ai observé chez un mercuriel des accidents de pseudo-tabes frappants. Cet homme était un hystérique. Le problème intéressant est celui-ci : le malade était-il un hystérique avant son intoxication, ou l'empoisonnement lent a-t-il influencé, surexcité son système nerveux de façon à le prédisposer à l'hystérie ?

M. *Letulle.* On trouve très peu de cas où le malade ait été hystérique avant l'intoxication.

M. *Leudet* lit une observation de dermatite exfoliatrice chez un brightique. (Voir *France médicale*, n° 127.)

M. *Rendu.* Pourquoi l'urémie ne jouerait-elle pas un rôle dans la production de cette dermatite ? La peau joue chez les urémiques le rôle d'émonctoire suppléant à l'insuffisance rénale et peut être irritée par les produits qu'elle a à éliminer.

M. *Balzer.* La dermatite exfoliatrice est très souvent secondaire; on la voit chez des cachectiques, les vieux eczémateux, les vieux psoriasiques.

M. *Besançon.* M. Thibierge a fait récemment une revue très complète des affections cutanées dans le mal de Bright. Il ne signale pas la dermatite exfoliatrice, mais dite des cas d'« erythema uremicum » décrits par un médecin danois.

Les secrétaires des séances,
A. Gilbert. M. Lebreton.

BIBLIOGRAPHIE

TRAVAUX D'OBSTÉTRIQUE *du Dr A. Auvard.* Lecrosnier et Babé, édit. Paris 1889.

Les trois volumes que vient de publier le Dr Auvard contiennent l'ensemble des articles et mémoires, soit déjà publiés, soit encore inédits, qui ont été inspirés à notre collègue par son expérience personnelle ou ses travaux antérieurs.

Dans le premier volume se trouvent tous les travaux réédités; nous citerons en particulier un résumé de la thèse de l'auteur sur la pince à os et le cranioclaste, une description de la couveuse à laquelle il a si intelligemment et si pratiquement collaboré ; puis des articles nombreux qui sont déjà dans la mémoire de tous ceux que les cas d'obstétrique intéressent et qu'on est heureux de relire réunis en volume où on les retrouvera plus facilement chaque fois qu'on voudra les revoir et y puiser quelque conseil pratique.

Les deux volumes suivants sont composés de mêmes avis encore inédits : Quelques-uns ont trait à des questions de physiologie puerpuérale, si je puis ainsi dire ; je citerai en particulier à cet égard, le travail si judicieusement écrit, intitulé adipose et puerpuéralité. L'écrivain et l'artiste (pour être accoucheur on n'en n'est pas moins homme) se révèlent dans quelques lignes de généralité qui sont en tête de ce mémoire. C'est une comparaison rapide entre la conformation de l'homme et de la femme : « Chez l'homme, la puissance se localise surtout dans le thorax et les membres supérieurs ; chez la femme, dans le bassin et les organes de la génération.

Le mâle est fait pour la lutte et le travail, la femelle pour la reproduction.

L'homme est surtout un être thoracique et la femme un être *pelvien.*

Chez la femme enfin, les formes sont plus arrondies, plus moelleuses ; l'artiste connaît mieux ces différences que le médecin ; mais mieux que l'artiste, le médecin en sait la cause. » La modestie de M. Auvard ne peut nous tromper et nous pouvons voir qu'il apprécie et juge tout aussi bien que l'artiste, mieux peut-être, puisqu'il connaît les causes de ces formes moelleuses.

La puerpuéralité, grossesse et lactation, étant cause de ralentissement de la nutrition, favorise la production et le développement de l'obésité.

La régression semble agir dans le sens contraire.

Quant aux femmes obèses on peut les diviser en deux catégories distinctes ; les obèses *intègres* et les obèses *déchues.* Chez ces dernières seules toutes les manifestations de la fonction génitale sont

plus ou moins empêchées et éteintes. Pour combattre cet état il faut surtout fortifier l'organisme, car l'affaiblissement est la principale cause du trouble fonctionnel.

Signalons encore dans ce volume un travail sur le mécanisme de la sortie des épaules, un autre sur le tamponnement intra-utérin. Enfin une longue suite d'observations, 130, dans lesquelles M. Auvard a eu soin de relever l'état des annexes ovulaires, de la vulve, de l'utérus pendant le post-partum, et enfin, toutes les modifications ou les accidents qui ont pu se présenter pendant la délivrance. On trouvera là une suite de documents qui viendront s'ajouter à tous ceux que l'on possède déjà pour définitivement fixer l'histoire de l'accouchement normal.

Le troisième volume débute par un mémoire intitulé : Extraction de la tête fœtale. L'auteur prend cette tête, l'examine, la mesure, l'étudie dans toutes ses dimensions, la compare à la filière génitale et à ses diamètres, enfin la conduit dans cette filière en notant que ce mécanisme est mis en œuvre pour faciliter sa descente, qu'elle soit première ou dernière.

Viennent ensuite des études sur les présentations en général et en particulier du front et de l'abdomen, sur l'obliquité latérale de l'utérus gravide, sur la mort subite puerpérale.

Enfin un long travail sur le diagnostic de l'époque de l'accouchement dont l'utilité pratique n'échappera à aucun médecin. C'est en effet un des renseignements le plus souvent demandés par les malades de savoir exactement, quel jour et souvent à quelle heure aura lieu l'accouchement, toutes questions auxquelles on trouve la réponse dans le mémoire qui termine l'ouvrage du Dr Auvard.

Ainsi que nous le disions au début, c'est sur l'expérience qu'est basé cet ouvrage, c'est à elle que l'auteur a demandé son instruction, et dans l'art obstétrical il a su montrer comment tous les détails ont leur importance et peuvent donner lieu à des travaux intéressants et à des mémoires utiles à lire pour le praticien, souvent effrayé par cet acte physiologique à manifestations dramatiques, qu'on appelle l'accouchement.

F. VERCHÈRE.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Concours d'agrégation.* — Les leçons ont commencé lundi 17 décembre. Voici les sujets que les candidats ont eu à traiter.

Lundi. — MM. COMBEMALE et GAUCHER : Anatomie pathologique et diagnostic des ulcérations de l'estomac.

Mardi. — MM. JUHEL-RENOY et RICHARDIÈRE : Syphilis des amygdales.

Mercredi. — MM. MESNAUD et MARTIN : Symptômes et diagnostic de la diphthérie laryngée.

Jeudi. — MM. COLIN et MARIE : De la mort dans la scarlatine.

Vendredi. — MM. LETULLE et BRAULT : De la mort dans la variole.

Il n'y a pas eu séance samedi.

LA SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS se réunira le jeudi 27 décembre, au lieu ordinaire de ses séances, rue Boissy-d'Anglas, 35, salle Prat, 10, cité du Retiro.

Ordre du jour : 1° M. LEBRETON. — Rapport sur une candidature de membre correspondant.

2° M. BARTH. — Thrombose des artères cérébrales chez un tuberculeux.

Elections pour le renouvellement du bureau.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'enseignement et l'organisation de l'Art dentaire aux Etats-Unis. — Rapport adressé à M. le ministre de l'instruction publique par le docteur KUHN, 1 vol. in-8° de 300 pages. Paris, 1888, Octave Doin. 10 fr.

Pendant une mission qu'il a consciencieusement remplie, l'auteur a pu se rendre compte de l'importance qu'a pris aux Etats-Unis l'enseignement et l'organisation de l'art dentaire. Ce livre est donc consacré à l'étude de la législation, de l'enseignement et des associations dentaires en Amérique.

Mais M. Kuhn ne s'est pas borné à nous donner la description de ce qui se passe de l'autre côté de l'Océan, comparant très judicieusement ce qu'il a vu et observé avec les tentatives d'organisation qui ont été faites en France pendant ces dernières années, il nous fournit des éléments de comparaison et des aperçus qui seront de la plus grande utilité pour tous ceux qui s'occupent d'enseignement et s'intéressent à la question si intéressante de l'art dentaire en France.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Essai sur le mal de tête, par le docteur Johannès CHAUMIER, ancien externe des hôpitaux de Lyon. Paris 1888, grand in-8° de 100 pages. Prix : 2 fr. 50.

La prostitution, au point de vue de l'hygiène et de l'administration en France et à l'étranger, par le docteur L. REUSS, Paris. 1889, 1 vol. in-8° de 738 pages. Prix : 7 fr. 50.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3

35e Année. — Tome II. N° 151 Mardi 25 Décembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

De la présence des microbes dans les kystes dermoïdes congénitaux de la face.

Par MM. Verneuil et Clado (1).

Le rôle que jouent les microbes dans l'organisme sain et malade est à coup sûr l'un des problèmes les plus intéressants de la science médicale moderne. Il convient donc de rechercher ces microbes dans toutes les parties du corps : surface extérieure, cavités, humeurs et parenchymes, et surtout dans les foyers pathologiques. C'est pourquoi, le hasard ayant amené pendant ces temps derniers à la Clinique chirurgicale de la Pitié quatre cas de kystes dermoïdes congénitaux de la face, nous avons cru utile de les examiner au point de vue particulier de la Microbiologie.

Ces kystes, comme on le sait, formés aux dépens des fentes branchiales, sont constitués par une paroi propre et par un contenu décrits trop complètement par les anatomo-pathologistes pour qu'il soit nécessaire d'y revenir (2) ; mais il n'est pas arrivé, à notre connaissance, qu'on ait constaté ni même recherché soit dans cette paroi, soit dans ce contenu, l'existence des micro-organismes.

Or, trois fois sur quatre, nous les avons trouvés dans les conditions suivantes : deux fois il s'agissait de kystes dermoïdes du plancher de la bouche chez des sujets masculins de 14 et 16 ans ; une fois d'un kyste dermoïde de la queue du sourcil droit chez un jeune homme de 22 ans.

Dans ces trois cas, le liquide recueilli un peu avant l'opération, avec les précautions nécessaires pour que toute contamination de

(1) Communication à l'Académie des sciences.

(2) Voir le beau Traité des kystes congénitaux, par MM. Lannelongue et Achard, 1886, 1re partie.

dehors fût impossible, traité par les réactifs d'usage et examiné sur-le-champ au microscope, présentait, outre les éléments ordinaires (cellules épithéliales diverses, granulations graisseuses, poils follets, etc.), des microbes de formes diverses, en nombre variable, susceptibles d'être multipliés par le procédé des cultures et qui, inoculés à des cobayes et à des souris, n'ont paru posséder aucune propriété pathogène,

Au point de vue de la forme, qui est variable, nous avons trouvé dans le kyste de la queue du sourcil du jeune homme de 22 ans, des bâtonnets ressemblant à ceux de la fièvre typhoïde, de 7 micras environ, légèrement recourbés et arrondis à leurs extrémités, isolés ou réunis en groupes dans l'intervalle des cellules épidermiques ou épithéliales, quelques-uns même siégeant dans les cellules sébacées. La paroi du kyste n'en renfermait pas. Par la culture, ces bâtonnets liquéfient la gélatine et se disposent en étoile. La culture sur l'agar glycériné donne une tache d'un blanc grisâtre, un peu exubérante, à bords légèrements relevés.

Dans les kystes du plancher de la bouche, à paroi et à contenu tout à fait types, grande quantité de micrococques mobiles, libres, ne formant ni amas, ni grappes, ni chapelets, ni chaînettes. Multiplication facile par la culture. N'existant pas dans la paroi.

Le quatrième kyste, enlevé au sourcil d'une fillette de 15 ans, a donné des résultats douteux; le liquide recueilli pendant l'opération, alors que la poche avait été ouverte par le bistouri, a pu à la rigueur être mêlé de germes étrangers. Quoi qu'il en soit, examiné quelques minutes après son issue, il ne présentait aucun microbe. Mais les cultures sur l'agar-agar glycériné donnent des colonies d'un blanc laiteux composées de micrococques non pathogènes.

On ne saurait, d'après un aussi petit nombre de cas, se prononcer sur la fréquence plus ou moins grande de la colonisation microbienne des kystes dermoïdes de la face, ni rien affirmer sur la signification du fait en lui-même. A cet égard, il faudra étudier comparativement les cas positifs et les cas négatifs et voir s'ils correspondent à des différences dans la marche de l'affection.

Trois remarques néanmoins sont dès à présent permises :

1° Les kystes, dans lesquels on a rencontré des microbes, bien qu'indolents comme d'habitude, étaient en voie de progrès manifeste quand les malades sont venus à l'hôpital. Il serait donc possible que l'invasion microbienne ait été pour quelque chose dans cet accroissement dont les causes sont actuellement peu connues (les kystes en question pouvant rester stationnaires pendant de longues années).

2° Les kystes dermoïdes de la face, entièrement développés et

clos pendant la vie intra-utérine et dont la cavité n'a jamais été en communication directe avec le monde extérieur, n'ont pu recevoir les microbes qui les habitent que par l'intermédiaire du système vasculaire qui, naturellement, les renfermait au préalable.

3° La présence des microbes dans les kystes dermoïdes ne se révélant par aucun signe objectif ou subjectif, nous fournit un nouvel exemple de ce que l'un de nous a décrit sous le nom de *microbisme latent*.

Recherches sur l'anesthésie hystérique.

Par M. Alfred Binet (1).

Les recherches suivantes ont été faites sur douze hystériques hémi-anesthésiques, appartenant à plusieurs services hospitaliers de Paris :

1° L'excitation d'une région anesthésique, quoique n'étant pas perçue par le sujet sous la forme d'une sensation tactile ou musculaire, détermine l'image visuelle de la région excitée ; cette image visuelle peut être recueillie sur un écran qu'on prie le sujet de regarder fixement ; elle dure aussi longtemps que l'excitation qui la produit. (Il est bien entendu que, dans toutes les expériences, on supprime pour le sujet la vue de la région excitée et l'on évite tout ce qui pourrait donner lieu à une *suggestion*).

2° La piqûre de la région anesthésique détermine sur l'écran l'apparition d'un point sombre ou éclairé ; une ligne, un dessin quelconque tracés avec une pointe de compas sur la peau insensible produisent sur l'écran le même dessin en lignes de couleur ; une légère constriction autour du poignet ou du doigt de la main insensible fait apparaître l'image visuelle de ces parties ; les mouvements passifs communiqués aux divers segments d'un membre anesthésique sont reproduits par l'image visuelle de ce segment et peuvent être comptés ; enfin les diverses attitudes d'un membre, qu'on peut provoquer au moyen d'une contracture artificielle, se retrouvent également dans l'image visuelle.

3° L'excitation, avec le compas, de la peau insensible, provoque, selon l'écart des deux pointes de compas, et selon la région explorée, tantôt deux points visuels, tantôt un seul ; on peut, grâce à cette méthode, mesurer cette sensibilité spéciale d'un membre anesthésique, comme on mesure celle d'un membre sensible, avec cette seule différence que, pendant l'exploration, l'interrogation de l'expéri-

(1) Note présentée à l'Académie des sciences par M. Brown-Séquard.

35e Année. — Tome II. N° 152 Jeudi 27 Décembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 27 décembre 1888.

M. Duboué (de Pau) qui, depuis longtemps, s'occupe de la pathogénie et du traitement de diverses maladies générales, en particulier du choléra et de la rage, est venu combattre à l'Académie de médecine les expériences faites par M. Gamaleïa et, bien avant lui, par M. Ferran. Ces expériences ne pouvaient réussir, dit-il, parce que ces auteurs injectaient leurs matières cholériques sous la peau, tandis que le vrai choléra se prend par les voies respiratoires.

M. Duboué ne se borne pas à réfuter les expériences de ses confrères, il propose lui-même un traitement prophylactique et curatif qui comprend trois procédés. Le premier, c'est l'injection intra-veineuse; le second consiste à ponctionner la trachée des malades et à leur injecter par ce moyen des liquides dans les voies respiratoires; le troisième consiste à noyer les malades pendant deux ou trois minutes, jusqu'à ce que le pouls radial soit revenu ! Nous devons nous empresser d'ajouter que M. Duboué ne propose le troisième procédé que pour les malades *in extremis.*

M. le professeur Cornil a fait un court rapport sur un travail présenté il y a deux mois à l'Académie des sciences par M. le professeur Babès, de Bucharest. Il s'agit de l'hémoglobinurie bactérienne du bœuf, affection singulière dans laquelle les bactéries sont logées dans les globules rouges du sang; on n'avait encore observé jusqu'ici aucune affection dans laquelle les bactéries fussent logées dans les globules rouges.

M. le professeur Mathias Duval a lu dans cette séance un rapport élogieux sur le procédé proposé par M. Lejars pour injecter les veines par les artères. A. Ch.

Congestion pulmonaire et spléno-pneumonie. Rechutes très éloignées suivies de guérison ; parallèle avec la broncho-pneumonie.

Par le Dr H. Dauchez.
Ancien chef de Clinique adjoint à l'Hôpital des Enfants.

Parmi les affections de l'enfance qui depuis quelques années ont le plus exercé la sagacité des médecins, il en est une, la spléno-pneumonie, sur laquelle MM. Grancher, Bourdel et Queyrat ont plus spécialement attiré l'attention du monde médical. Dernièrement encore (juillet 1888) M. Cadet de Gassicourt signalait à la Société médico-pratique quelques points de son histoire encore mal connue.

Les faits de ce genre méritent donc d'être recueillis et comparés les uns aux autres. C'est à ce titre seulement que nous publions les deux faits suivants observés en ville. Mais avant d'aborder l'étude de cette affection, il n'est pas sans intérêt de savoir si la pléno-pneumonie diffère réellement de la broncho-pneumonie ?

A cet égard il faut distinguer dans la spléno-pneumonie sa nature et son évolution clinique.

Par sa nature, en effet, la spléno-pneumonie ne saurait, croyons-nous, être distraite du cadre de la broncho-pneumonie. Nous n'en voulons pour preuve que sa fréquente apparition après la rougeole, la coqueluche ou dans la convalescence des fièvres éruptives, que ses caractères infectieux menaçant souvent la vie.

Au point de vue clinique, au contraire, la spléno-pneumonie est souvent *unilatérale* ou prédominante d'un côté, surtout à gauche. Toujours *massive* elle affecte les allures de la pleurésie avec laquelle il est parfois impossible de la distinguer sans l'aiguille de Pravaz. Enfin elle évolue *rapidement* (douze, quinze jours) même dans ses formes graves.

Dans nos deux observations nous avons en outre noté très *tardivement* des poussées congestives, véritables rechutes alternant avec la spléno-pneumonie, reliquat probable des premières lésions.

Intermédiaire à la congestion pulmonaire et à la broncho-pneumonie dont elle dérive, la spléno-pneumonie se distingue de la pneumonie (quand elle est unilatérale) par l'absence de crachats rouillés ou spumeux (Cadet de Gassicourt). A ce premier signe nous ajouterons volontiers l'existence de quelques râles habituellement perceptibles du côté opposé.

On la distinguera de la pleurésie par l'absence de déplacements du cœur, par la non ampliation des diamètres thoraciques, par l'existence de souffle mêlé de râles fins (obs. II). Quelquefois pourtant la seringue de Pravaz pourra seule lever les doutes.

Après la description magistrale qu'en a faite récemment notre

excellent maître M. le professeur Grancher (1), nous insisterons peu sur les difficultés et sur les éléments du diagnostic.

Obs. I. — Le 15 mars 1886, j'étais appelé la nuit près d'une petite fille de mon quartier, Marie H., âgée de 4 ans, atteinte depuis cinq à six jours d'une rougeole jusqu'alors régulière. L'enfant se plaignait de douleur vive au côté gauche et vers minuit s'était réveillée en sursaut, très oppressée.

J'avais prescrit dans l'après-midi 0,60 centigrammes d'antipyrine qui avaient, paraît-il, provoqué des sueurs abondantes ; l'enfant s'était-elle refroidie la nuit sous cette influence, je l'ignore ; toujours est-il qu'en l'examinant, je constatai les signes d'une affection que je crus tout d'abord être une pleurésie gauche : matité à gauche des 2/3 inférieurs, souffle intense assez rude, à peine quelques râles, diminution notable des vibrations, fièvre vive, oppression : ces troubles respiratoires étaient unilatéraux. Rien de semblable au côté droit. Je restai donc surpris, je dois l'avouer, de trouver une pleurésie au cours de la rougeole ; d'autre part l'idée d'une broncho-pneumonie unilatérale me semblait inacceptable. L'idée de la spléno-pneumonie, affection rare que j'eus seulement depuis, occasion d'observer chez mon excellent maître M. le professeur Grancher, ne me vint pas alors ; je le regrette d'autant plus que j'eusse complété alors mon examen, je négligeai donc les mensurations du thorax et la position exploratrice. Mais la marche de la maladie vint bientôt m'éclairer.

Le 10 mars, sous l'influence d'un vésicatoire, la fièvre a cessé, quelques râles bullaires s'entendaient au niveau des zones mates, la température en outre est tombée à 38°. Du 20 au 21 mars, cessation de la fièvre. Du 21 au 25 mars, il ne reste qu'une submatité assez étendue qui s'efface peu à peu et est à peine appréciable le 30 mars.

Deux ans après, le 22 octobre 1888, je suis appelé de nouveau près de la même enfant aujourd'hui âgée de six ans, fort intelligente pour son âge et répondant bien aux questions qu'on lui adresse. Malade depuis deux jours à peine, elle a été subitement prise le 19 octobre de fièvre, avec anorexie, malaise général. Pas de point de côté.

Sa mère ajoute qu'elle tousse continuellement et a constamment la fièvre. La température axillaire prise le troisième jour marque 38,4. A l'auscultation, silence respiratoire complet sans souffle, au niveau d'une zone mate occupant les 2/3 inférieurs du poumon gauche. Les vibrations nulles reparaissent insensiblement vers le tiers moyen et sont parfaitement perçues à la partie supérieure le long de la ligne axillaire et en avant sous les clavicules.

(1) *France médicale*, 25 octobre 1888. Leçon recueillie par le Dr Le Gendre.

Même remarque pour l'oreille qui perçoit confusément les vibrations. Pas d'égophonie. Le cœur n'est pas déplacé.

Expectoration nulle. État saburral des voies digestives.

Traitement antiphlogistique. Grog, sirop d'ergotine, cataplasme sinapisé.

23 octobre. Température axillaire : 38°. A l'auscultation, mêmes signes qu'hier (matité, affaiblissement du murmure vésiculaire), nous notons en outre l'apparition de gros râles bullaires dans toute la hauteur du poumon. L'air pénètre donc plus librement dans le lobe inférieur gauche.

Pas de souffle.

Les vibrations reparaissent aussi, quoique incomplètement, dans toute la hauteur. (Potion vomitive).

Le 24. La température axillaire tombe à 37°. Quelques râles à peine s'entendent à la base gauche où la respiration est encore voilée.

Râles ronflants et sibilants à droite.

Le 26. L'enfant, quoique convalescente, peut être considérée comme guérie. Il ne reste plus qu'une légère submatité à gauche. Les vibrations sont encore à peine perceptibles.

Pas d'égophonie, ni de bronchophonie.

Les deux moitiés du thorax mesurées très exactement représentent 26 millimètres de chaque côté, sans ampliation.

Telle est, résumée, l'observation de notre première malade qui a présenté, à deux ans d'intervalle, d'abord les atteintes non équivoques d'une spléno-pneumonie morbilleuse avec souffle, plus tard de congestion pulmonaire simple, reliquat probable de la première affection.

Nous admettrons volontiers en effet, conformément à l'opinion de MM. Grancher, Bourdel et Queyrat, qu'à côté de la congestion pulmonaire type, à côté de la broncho-pneumonie, il existe un état morbide du poumon, la spléno-pneumonie, « sorte de pneumonie subaiguë simulant la pleurésie » pouvant comme dans le cas suivant présenter une gravité exceptionnelle.

Obs. II. — Louis M.., 2 ans et demi, a eu en avril 1887, la coqueluche suivie de broncho-pneumonie grave qu'il a prise de son plus jeune frère qui a succombé à la suite de ces accidents.

Lui-même n'a échappé qu'à grand peine et a repris les apparences de la santé du 1er juillet au 25 décembre.

Le 26 décembre, je fus appelé près de ce pauvre enfant que je trouve absolument mourant. Depuis trois jours, à la suite de refroidissements successifs, l'enfant est pris de violents étouffements, de fièvre avec hyperthermie (Temp. 41°), de cyanose. Le petit malade

respire 60 fois par minute et s'agite violemment sur les bras de sa mère. Le pouls est à 160°. A l'auscultation, matité absolue complète de toute la moitié gauche de la cage thoracique. A l'auscultation, souffle rude intense parsemé de quelques râles fins. A droite une véritable pluie de râles fins vient frapper l'oreille.

Le 26 décembre, légère détente : l'enfant tousse un peu moins.

Le côté gauche reste absolument mat, soufflant. La voix retentit partout en raison de la condensation du poumon. A la main, même sensation.

Je vois le malade trois fois par jour et lui prescris indépendamment des bains de brique si utilement employés par M. Legroux, des bains sinapisés, des lavements de café, plusieurs applications de ventouses, la digitale, l'aconit et l'alcool à hautes doses croissantes.

Grâce à cette intervention énergique, l'enfant presque mourant jusqu'au 8 janvier retrouve alors le sommeil et demande à manger. La température retombe à 38°4.

Le 10 janvier 1888, l'enfant entre en convalescence : je cesse de le visiter peu de jours après. Neuf mois plus tard, le 17 octobre dernier, cet enfant *déjà atteint deux fois de broncho-pneumonie* est repris pour la troisième fois de congestion pulmonaire à gauche avec fièvre, souffle expiratoire parsemé de râles, matité absolue du haut en bas, perte des vibrations, bronchophonie, pas d'égophonie. La mensuration des deux côtés de la poitrine donne le même chiffre très exactement, soit 23 centimètres de chaque côté.

Aujourd'hui 29 octobre, grâce à quelques vésicatoires, l'enfant entre en convalescence, la fièvre a cessé. Une légère matité témoigne seule des accidents aigus dont nous avons été témoin.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

EMPLOI DE LA CODÉINE POUR CALMER LA DOULEUR DANS LES MALADIES DE L'ABDOMEN, par *T. Lauder Brunton. M. D., F. R. S.* (*British med. Journal*, juin 1888). — Se basant sur les expériences déjà anciennes de Robiquet fils, de Barbier et de Berthé qui avait administré impunément à un chien de l'arsenic associé à la codéine, l'auteur a pensé à se servir de ce dernier médicament pour combattre spécialement les douleurs abdominales. Barbier, Aran et d'autres auteurs l'avaient employé, dans la gastralgie ou les affections douloureuses de l'estomac. M. L. Brunton s'en est servi pour combattre la douleur affectant l'intestin et la partie inférieure de l'abdomen. Dans un cas il s'agissait d'une pérityphlite accompagnée de fièvre et d'une douleur violente dans la fosse iliaque, la codéine suffit immé-

diatement à calmer la douleur. Dans un autre cas, une dame de 50 ans atteinte de pneumonie, de dilatation du cœur avec un pouls rapide et irrégulier, souffrait de violentes douleurs épigastriques. La personne était un peu ictérique et l'on sentait une tumeur dans la région abdominale droite qui descendait dans l'inspiration, les intestins étaient placés en avant. Le diagnostic ne put être fait, mais la douleur disparut sous l'influence de la codéine. L'auteur a employé encore ce médicament avec avantage dans le cancer du foie et du pancréas, dans les affections douloureuses de l'intestin pour calmer les coliques accompagnant les mouvements péristaltiques, sans produire de troubles digestifs. La codéine est encore indiquée dans les affections cancéreuses ou tuberculeuses accompagnées de diarrhée, mais elle est plus efficace lorsqu'il n'existe pas de lésions organiques.

Traitement de la constipation habituelle chez les enfants, par *Eustace Smith*, *M. D. F. R. C. P.* (*British med. Journal*, 7 juin 1888.) — La constipation est la cause d'une foule de désordres chez les petits enfants. Les laxatifs ne donnent souvent qu'une amélioration temporaire. La constipation est très commune chez les enfants qui ont été élevés au biberon, mais ceux qui sont élevés au sein n'en sont pas exempts. Une quantité insuffisante de sucre dans le lait, un coagulum trop serré de la caséine, sont des causes assez ordinaires de la paresse intestinale. L'excès des féculents, l'usage d'une nourriture laissant beaucoup de résidu provoquent un catarrhe intestinal qui empêche l'efficacité des contractions de la tunique musculaire en augmentant la sécrétion muqueuse. D'un autre côté une alimentation insuffisante ou liquide rend les selles dures. La surcharge du côlon qui se distend et s'habitue à être distendu, est la principale cause de la torpeur de la contraction intestinale. Enfin, certaines nourrices peu scrupuleuses administrent volontiers à leurs nourrissons des préparations opiacées, sirop diacode qui sont une cause puissante de constipation. La flatulence, les coliques, l'état saburral de la langue, l'agitation dans le sommeil sont les symptômes les plus communs de la constipation habituelle.

Des soins hygiéniques remédient souvent à cet état. Si l'enfant est au sein on lui donne une cuillerée à dessert de sirop, trois ou quatre fois par jour avant son repas. On aura soin qu'il prenne une quantité d'eau suffisante qu'on filtrera ; cette prescription s'applique surtout pendant la saison des chaleurs, où la transpiration est très active. Le catarrhe intestinal peut être entretenu par une alimentation trop féculente ou, à défaut de cette cause, par des vêtements trop légers, qui laissent les jambes nues : l'habillement et le régime alimentaire sont deux points sur lesquels, d'après M. Eustace Smith, on doit porter son attention lorsque l'enfant est constipé. En outre, on sti-

mulera les contractions de l'intestin par des frictions sèches faites avec la main sur le ventre.

Les lavements sont utiles pour produire une évacuation immédiate, mais ils ne peuvent régulariser l'action intestinale. Une injection d'eau additionnée de quarante à soixante gouttes de glycérine, est suivie d'un effet rapide. Mais au point de vue des effets curatifs on doit leur préférer les médicaments administrés par la bouche. M. Eustace Smith recommande une mixture composée d'une demi-goutte de teinture de noix vomique, de dix gouttes de belladone et de vingt gouttes d'une infusion de séné ajoutée à une macération de colombo. On administre cette potion avant les repas deux fois par jour. L'extrait de cascara à la dose de vingt à trente gouttes associé à la glycérine peut être recommandé. Si les selles dures indiquent l'absence de sécrétion intestinale, on peut donner une petite dose de sulfate de soude (0,25 à 0,50 centigr. pour un enfant de six mois). Une pratique populaire et efficace dans l'ouest de l'Angleterre consiste à donner un demi-grain de soufre coloré avec de la cochenille.

L. Jumon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 décembre 1888. — *Présidence de* M. Hérard.

La correspondance comprend : 1° une lettre du Ministre de l'instruction publique, priant l'Académie d'envoyer du vaccin aux médecins de Téhéran ; 2° une lettre de M. le Dr Mireur (de Marseille), qui se porte candidat au titre de correspondant national ; 3° une lettre de M. le Dr Colvis priant l'Académie de recevoir en dépôt un pli cacheté (accepté) ; 4° un mémoire sur la variole par M. le Dr Benoit (de Dieulefit) ; 5° un travail sur une épidémie de variole par M. le Dr Tedeschi ; 6° une lettre de M. le Dr Violet, priant l'Académie de prendre connaissance du pli cacheté qu'il lui a adressé au mois d'août dernier. Ce pli cacheté a trait au traitement de la suette miliaire par la poudre de rhubarbe à petite dose, chez les malades du canton de la Ville-Dieu (Vienne).

Sur l'hémoglobinurie bactérienne du bœuf. — M. *Cornil.* Un certain nombre de bœufs succombent chaque année en Roumanie de cette maladie. Les urines sont couleur de sang ; les animaux succombent généralement ; on trouve à l'autopsie une hyperémie de toutes les muqueuses et surtout des altérations des reins infiltrés d'un liquide rougeâtre.

M. Babés a trouvé chez ces animaux une bactérie spéciale qui

siège dans l'épaisseur des globules rouges du sang. Ils existent aussi à l'état libre dans le liquide sanguin.

Jusqu'ici nous ne connaissions pas de maladie bactérienne dans laquelle les bactéries fussent logées dans le globule rouge. Ces globules rouges deviennent transparents et perdent leur hémoglobine, ils sont tout à fait détruits, d'où l'hémoglobinurie que présentent ces animaux.

Cette maladie peut se transmettre aux lapins qui succombent en général, mais le cobaye et le pigeon sont tout à fait réfractaires à cette maladie. Les bœufs auxquels on inocule les bactéries ne succombent presque jamais; de sorte qu'il reste quelque doute sur le rôle pathogénique de ce microbe.

De l'injection des veines par les artères. — M. *Mathias Duval* lit un rapport sur le travail récemment lu par M. Lejars sur ce sujet. M. Lejars a fait d'heureux essais pour faire pénétrer l'injection dans les veines par les artères. La racine d'orcanette, le curcuma laissent leurs matières colorantes se dissoudre dans le suif et la cire. Les pièces ainsi préparées par M. Lejars sont très belles. Le procédé est rationnel, simple, pratique et complètement démonstratif.

Résumé théorique et pratique des indications a suivre dans le traitement préventif et curatif du choléra asiatique. — M. *Duboué* (de Pau) a adressé à l'Académie, sous pli cacheté, les conclusions d'un travail sur le choléra. C'est ce travail tout entier qu'il vient de lire.

Il s'est proposé de montrer dans ce travail que les expériences qui avaient conduit M. Gamaleïa, et bien avant lui M. Ferran, à la découverte d'un vaccin anti-cholérique, ne pouvaient pas aboutir à cet heureux résultat. La raison principale de cette impossibilité provient de ce que les auteurs, en injectant des matières cholériques sous la peau, n'ont pas pu donner le choléra aux animaux qu'ils ont mis en expérience, le vrai choléra ne pouvant se contracter que par les voies respiratoires. Or, s'ils ne peuvent pas donner ainsi cette maladie, il est impossible que le vaccin qu'ils ont trouvé s'applique au choléra.

Le point scientifique qui fait la base de toute l'argumentation de l'auteur se réduit donc à savoir par quelle voie l'agent cholérique doit s'introduire dans l'organisme pour occasionner des accidents graves ou mortels. Sans entrer dans les détails de cette argumentation, nous nous bornerons à signaler les conclusions principales auxquelles il a été conduit, conditions qu'il a basées à la fois sur des données cliniques et sur des données expérimentales.

Le bacille de Koch, agent reconnu du choléra, exige d'une part, pour se développer, un milieu alcalin et une température de 37 à 38°,

conditions qui sont admirablement remplies dans le sang rouge, où l'auteur a admis la présence de ce bacille. D'autre part, ce bacille subit un arrêt de développement à une température de 40°, qui est celle du sang veineux. La production du syndrome cholérique s'explique donc à merveille dans la première hypothèse, tandis qu'avec la seconde, qui a trait à la pénétration de l'agent cholérique par les voies digestives, le bacille rencontre un premier milieu défavorable dans les liquides acides de l'estomac, et un second milieu non moins défavorable sur tout le trajet du sang noir où les organes traversés par ce dernier (foie et poumon) ne sont d'ailleurs le siège d'aucun trouble fonctionnel.

Mais ne voulant pas se borner à combattre des expériences fautives, l'auteur édifie à son tour un traitement prophylactique et curatif du choléra, traitement ayant pour base les mêmes données de physiologie pathologique, et il arrive à ces deux conclusions principales :

1° Tous les agents capables d'empêcher la dissociation des cellules endothéliales et épithéliales (nitrate d'argent, sulfate de cuivre, tannin) peuvent jouer un rôle utile dans le traitement prophylactique du choléra.

2° Une fois la circulation interrompue sur le déclin de la période algide, par suite de la vacuité complète des vaisseaux à sang rouge et de l'immobilité du sang dans les canaux à sang noir, il n'y a qu'une indication à remplir dans le choléra, elle consiste à rétablir au plus tôt la circulation.

Or, ce résultat peut être obtenu par trois procédés : le premier qui a déjà fait ses preuves, mais d'une exécution ou difficile ou impossible, c'est l'injection intra-veineuse.

Le second, d'une exécution très facile et mis à la portée de tous les médecins, c'est le procédé de la trachéocentèse qui est de nature à opérer et à renouveler sans danger la réplétion du système circulatoire à sang rouge, chaque fois qu'il est nécessaire de le faire jusqu'à ce que la réparation complète des lésions épithéliales ait le temps de se faire.

Le troisième procédé trop facile, dangereux ou brutal, doit être un procédé d'urgence et tout à fait exceptionnel, c'est le procédé de submersion. Il ne peut être tenté qu'à défaut de l'appareil instrumental nécessaire et tout à fait *in extremis*, par les médecins seuls. Cette submersion peut être faite en toute sécurité pendant deux ou trois minutes. On doit se guider pour fixer la durée sur le retour du pouls radial avec ses caractères à peu près normaux.

A 4 heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre le rapport de son trésorier.

BIBLIOGRAPHIE

THE INCREASE OF CANCER IN ENGLAND, by *John Francis Churchill M. D.*

Le présent mémoire écrit sous forme de lettre au Registrar general, sir Brydges Henniker, a pour but de montrer l'accroissement du cancer en Angleterre et d'en rechercher les causes. C'est un fait notoire que les maladies cancéreuses font beaucoup plus de victimes de nos jours chez nos voisins qu'autrefois. Tandis qu'en 1856 on ne comptait qu'un cas de mort de cette nature sur 70 décès, en 1885 la proportion s'est élevée à 1 sur 33. En même temps, la phthisie pulmonaire a suivi une marche inverse ; la mortalité pour la phthisie qui était le huitième de la totalité des décès, n'est plus que le onzième en 1885. M. J. F. Churchill voit une relation entre ces deux faits. D'abord il y a antagonisme, mais seulement relatif entre la tuberculose et le le cancer, les statistiques le montrent. Cet antagonisme s'expliquerait d'après l'auteur, par ce fait que la dyscrasie est pour ainsi dire inverse dans chaque affection. Tandis que dans la phthisie il y a défaut de phosphore oxydable, de phosphites, le cancer dépendrait au contraire de l'excès dans l'organisme des mêmes phosphites. Les tumeurs cancéreuses renferment une quantité parfois très considérable de phosphore. D'un autre côté, les herbivores qui, en raison de leur régime, absorbent très peu de phosphore, *sont rarement atteints* de cancer ; les oiseaux de proie, au contraire, le sont assez souvent. Comment le cancer s'est-il accru en Angleterre en si grande proportion ? M. Churchill l'explique par l'usage très répandu et même par l'abus d'une foule de composés phosphorés qui entrent dans la composition de préparations spécialisées et dans des boissons ou des toniques dont l'emploi s'est vulgarisé. Il convient néanmoins de distinguer. Les phosphates sont inertes et inoffensifs, il n'en est plus de même des phosphites dont le phosphore n'est pas complètement saturé d'oxygène ; on le trouve encore à l'état libre. En outre, les préparations sont souvent associées à la teinture de noix vomique, ce qui en rend l'usage inconsidéré plus dangereux encore. Les hypophosphites employés seuls et à l'état de pureté ne présentent pas les inconvénients des préparations complexes et constituent, d'après l'auteur, un des médicaments les plus sûrs.

Il est certain que l'accroissement des affections cancéreuses en Angleterre doit avoir une cause plus ou moins prochaine qu'il est très difficile de trouver. Dans tous les cas, la thèse de M. J. F. Churchill demande à être examinée de près et vérifiée par des recherches plus étendues faites dans d'autres pays, et d'ailleurs elle justifie assez bien une des conclusions par lesquelles l'auteur termine son

mémoire, à savoir que le public doit être informé qu'il est parfois dangereux de se soigner soi-même, bien que les conséquences graves n'en soient pas immédiates.

L. JUMON.

NOUVELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.—*Prix proposés pour l'année* 1891 (1).
Prix de l'Académie : 1,000 francs. — Question : De la part de l'air dans la transmission de la fièvre typhoïde.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) : 800 francs. — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire, ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Barbier : 2,000 francs. — Ce prix, qui est annuel, sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Henri Buignet : 1,500 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs serait reportée sur l'année suivante, et dans ce cas, la somme de 3,000 francs sera partagée en deux prix de 1,500 francs chacun.

Prix Capuron : 1,000 francs. — Question : De l'action des eaux salines sur les fibromes utérins.

Prix Civrieux. — 800 francs. — Question : Des rémissions dans la paralysie générale des aliénés.

Prix Daudet. — 1,000 francs. — Question : Du traitement chirurgical du goitre et de ses conséquences immédiates.

Prix Desportes : 1,300 francs. — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Godard : 1,000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Itard : 2,700 fr. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Laborie : 5,000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

---

(1) Pour l'indication des prix proposés pour les années 1889 et 1890, voir *France médicale*, 1887, n° 2 et n° 149.

Prix Laval: 1,000 francs. — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.
Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme) : 2,600 francs.
Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Adolphe Monbinne : 1,500 francs. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

« Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix Oulmont : 1,000 francs. — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat.

Prix Portal : 800 francs. — Question : Anatomie pathologique des érysipèles.

Prix Pourat : 900 francs. — Question : De la tension sanguine intravasculaire.

Prix Vernois: 700 francs. — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

Nota. — Les concours des prix à l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.
Tout concurrent qui se sera fait connaître, directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours.
Les concurrents aux prix Alvarenga, Amussat, d'Argenteuil, Barbier, Buignet, Desportes, Godard, Itard, Laborie, Meynot, Monbinne, Perron, Saint-Paul, Stanski et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.
Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.
Les ouvrages soumis à l'examen de l'Académie restent sa propriété.
Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3

excellent maître M. le professeur Grancher (1), nous insisterons peu sur les difficultés et sur les éléments du diagnostic.

Obs. I. — Le 15 mars 1886, j'étais appelé la nuit près d'une petite fille de mon quartier, Marie H., âgée de 4 ans, atteinte depuis cinq à six jours d'une rougeole jusqu'alors régulière. L'enfant se plaignait de douleur vive au côté gauche et vers minuit s'était réveillée en sursaut, très oppressée.

J'avais prescrit dans l'après-midi 0,60 centigrammes d'antipyrine qui avaient, paraît-il, provoqué des sueurs abondantes ; l'enfant s'était-elle refroidie la nuit sous cette influence, je l'ignore ; toujours est-il qu'en l'examinant, je constatai les signes d'une affection que je crus tout d'abord être une pleurésie gauche : matité à gauche des 2/3 inférieurs, souffle intense assez rude, à peine quelques râles, diminution notable des vibrations, fièvre vive, oppression : ces troubles respiratoires étaient unilatéraux. Rien de semblable au côté droit. Je restai donc surpris, je dois l'avouer, de trouver une pleurésie au cours de la rougeole ; d'autre part l'idée d'une broncho-pneumonie unilatérale me semblait inacceptable. L'idée de la spléno-pneumonie, affection rare que j'eus seulement depuis, occasion d'observer chez mon excellent maître M. le professeur Grancher, ne me vint pas alors ; je le regrette d'autant plus que j'eusse complété alors mon examen, je négligeai donc les mensurations du thorax et la position exploratrice. Mais la marche de la maladie vint bientôt m'éclairer.

Le 10 mars, sous l'influence d'un vésicatoire, la fièvre a cessé, quelques râles bullaires s'entendaient au niveau des zones mates, la température en outre est tombée à 38°. Du 20 au 21 mars, cessation de la fièvre. Du 21 au 25 mars, il ne reste qu'une submatité assez étendue qui s'efface peu à peu et est à peine appréciable le 30 mars.

Deux ans après, le 22 octobre 1888, je suis appelé de nouveau près de la même enfant aujourd'hui âgée de six ans, fort intelligente pour son âge et répondant bien aux questions qu'on lui adresse. Malade depuis deux jours à peine, elle a été subitement prise le 19 octobre de fièvre, avec anorexie, malaise général. Pas de point de côté.

Sa mère ajoute qu'elle tousse continuellement et a constamment la fièvre. La température axillaire prise le troisième jour marque 38,4. A l'auscultation, silence respiratoire complet sans souffle, au niveau d'une zone mate occupant les 2/3 inférieurs du poumon gauche. Les vibrations nulles reparaissent insensiblement vers le tiers moyen et sont parfaitement perçues à la partie supérieure le long de la ligne axillaire et en avant sous les clavicules.

(1) *France médicale*, 25 octobre 1888. Leçon recueillie par le Dr Le Gendre.

Même remarque pour l'oreille qui perçoit confusément les vibrations. Pas d'égophonie. Le cœur n'est pas déplacé.

Expectoration nulle. État saburral des voies digestives.

Traitement antiphlogistique. Grog, sirop d'ergotine, cataplasme sinapisé.

23 octobre. Température axillaire : 38°. A l'auscultation, mêmes signes qu'hier (matité, affaiblissement du murmure vésiculaire), nous notons en outre l'apparition de gros râles bullaires dans toute la hauteur du poumon. L'air pénètre donc plus librement dans le lobe inférieur gauche.

Pas de souffle.

Les vibrations reparaissent aussi, quoique incomplètement, dans toute la hauteur. (Potion vomitive).

Le 24. La température axillaire tombe à 37°. Quelques râles à peine s'entendent à la base gauche où la respiration est encore voilée.

Râles ronflants et sibilants à droite.

Le 26. L'enfant, quoique convalescente, peut être considérée comme guérie. Il ne reste plus qu'une légère submatité à gauche. Les vibrations sont encore à peine perceptibles.

Pas d'égophonie, ni de bronchophonie.

Les deux moitiés du thorax mesurées très exactement représentent 26 millimètres de chaque côté, sans ampliation.

Telle est, résumée, l'observation de notre première malade qui a présenté, à deux ans d'intervalle, d'abord les atteintes non équivoques d'une spléno-pneumonie morbilleuse avec souffle, plus tard de congestion pulmonaire simple, reliquat probable de la première affection.

Nous admettrons volontiers en effet, conformément à l'opinion de MM. Grancher, Bourdel et Queyrat, qu'à côté de la congestion pulmonaire type, à côté de la broncho-pneumonie, il existe un état morbide du poumon, la spléno-pneumonie, « sorte de pneumonie subaiguë simulant la pleurésie » pouvant comme dans le cas suivant présenter une gravité exceptionnelle.

Obs. II. — Louis M.., 2 ans et demi, a eu en avril 1887, la coqueluche suivie de broncho-pneumonie grave qu'il a prise de son plus jeune frère qui a succombé à la suite de ces accidents.

Lui-même n'a échappé qu'à grand peine et a repris les apparences de la santé du 1er juillet au 25 décembre.

Le 26 décembre, je fus appelé près de ce pauvre enfant que je trouve absolument mourant. Depuis trois jours, à la suite de refroidissements successifs, l'enfant est pris de violents étouffements, de fièvre avec hyperthermie (Temp. 41°), de cyanose. Le petit malade

35e Année. — Tome II. N° 153 Samedi 29 Décembre 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Note sur un cas de fistule biliaire hépato-bronchique, ayant duré pendant dix mois, et terminée par la guérison (1)

Par M. J. Thiroloix,
Interne des hôpitaux.

Le 7 mai 1888, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Empis, salle Sainte-Madeleine, lit n° 1, la nommée Fl... Adélaïde, couturière, âgée de 33 ans, qui se plaint de cracher de la bile depuis le mois d'octobre de l'année précédente.

Antécédents héréditaires. — Père et mère âgés, le premier de 72 ans, la seconde de 66 ans, sont aujourd'hui parfaitement bien portants, ainsi que son frère et ses quatre sœurs.

Antécédents personnels. — Les antécédents pathologiques de la malade sont nuls.

A l'âge de 8 ans, elle aurait, dit-elle, eu une côte de la partie moyenne de l'hémi-thorax droit fracturée. Les règles, venues à 19 ans, ont toujours été régulières jusqu'au jour où a commencé l'affection actuelle.

Pas de tuberculose, ni de syphilis cutanée ou viscérale. La malade n'a jamais eu ni épistaxis, ni coliques hépatiques, ni ictère ou urticaire, bref aucun de ces phénomènes qui attirent l'attention du côté du foie.

Bien portante jusqu'en 1881, époque à laquelle elle accouche d'un garçon, à la suite d'une grossesse régulière, elle voit à partir de ce moment sa santé s'altérer. Elle maigrit, a fréquemment des crampes d'estomac, une sensation pénible de pesanteur dans l'hypochondre droit et dans la région lombaire du même côté, une constipation opiniâtre, mais jamais ni nausées, ni vomissements, ni dégoût pour un aliment spécial.

Les phénomènes d'abord peu prononcés s'accentuent surtout dans les derniers mois de 1887. L'hypochondre droit est plus sensible,

(1) *Communication à la Société clinique de Paris.*

mais sans tuméfaction nette. La malade ne supporte plus que difficilement son corset; elle éprouve fréquemment des douleurs diffuses dans le moignon de l'épaule, douleurs qu'elle appelle rhumatismales, et qui semblent se rattacher au travail insidieux qui s'effectuait du côté du péritoine, du diaphragme et de la plèvre, une sensation de plénitude, de gêne dans tout le côté droit du thorax, mais jamais il n'y a eu, jusqu'en septembre 1887, ni toux, ni expectoration.

Dans les premiers jours d'octobre, la toux et la fièvre se montrent, accompagnées de douleurs assez vives dans le côté droit, l'épigastre, les lombes, quinze jours avant que n'apparaisse l'expectoration biliaire.

La respiration est courte et la malade est forcée de s'aliter, sans avoir éprouvé toutefois, à aucun moment, ni grand frisson, ni frissonnements. Elle est soignée à cette époque pour une bronchite, puis pour une pleurésie, et on lui applique dans la région de l'hypochondre droit, en avant et en arrière, une série de vésicatoires.

Le 15 octobre au matin, la toux devient plus fréquente, quinteuse, comme si elle avait eu la coqueluche, dit la malade, la respiration est très embarrassée, et dans un effort de toux, sans qu'une douleur vive, déchirante, ne survienne, la malade expectore une grande quantité d'un liquide verdâtre, très fétide, extrêmement amer, contenant des matières en suspension. La mère de la malade nous donne des renseignements précis sur les caractères de ces matières et sur leur apparence. Elle affirme que dès le premier jour et dans tout le cours du premier mois il y avait dans l'expectoration fétide, des peaux blanches et comme des boules blanches, et qu'elles ont disparu en même temps que la fétidité des crachats.

Cette expectoration, qui avait débuté à neuf heures du matin, a duré sans discontinuer jusqu'à midi, les quintes de toux succèdent aux quintes, et la malade évalue à une grande cuvette le liquide qu'elle a ainsi craché pendant ce court laps de temps. La nuit, légère hémoptysie qui ne se renouvelle pas.

Depuis ce jour, les crachats, formés d'un mélange de mucosités et de bile, sont restés tels qu'on les constate aujourd'hui, tellement abondants qu'ils empêchent la malade de dormir. La fièvre a cessé en même temps qu'a disparu la fétidité des crachats.

Avec l'apparition de l'expectoration bilieuse, s'est montré un léger sub-ictère, limité aux conjonctives : les selles se sont décolorées, mais ces derniers phénomènes ont été assez passagers pour n'avoir pas frappé la malade. L'appétit ne diminue pas, la sensation d'amertume très pénible au début est facilement supportée aujourd'hui, et la malade goûte les aliments qu'elle prend avec plaisir; elle n'a jamais de vomissements. L'amaigrissement, qui avait d'abord fait de

notables progrès jusqu'en février 1888, s'est arrêté ; à aucun moment, il n'y a eu d'œdème des membres inférieurs.

A la fin de mars, la fétidité des crachats, les membranes blanches, la légère teinte sub-ictérique, la décoloration des selles reparaissent, mais ces phénomènes ne durent que peu de jours, et ne forcent pas la malade à s'aliter.

D'ailleurs, la malade n'avait dû garder le lit que pendant les deux premiers mois.

L'expectoration verte conserve les caractères que nous trouverons plus loin jusqu'au jour où la malade entre à l'hôpital. L'appétit reste bon et les selles sont colorées.

Etat actuel. — La malade est une femme blonde, de taille moyenne, amaigrie ; elle a l'air fatigué, mais nullement cachectique ; elle est sans cesse secouée par des efforts de toux, à la suite desquels elle expectore des crachats verdâtres spumeux. La peau, les conjonctives ont leur coloration normale, la langue est fortement teintée en jaune, le ventre non météorisé ; les doigts présentent la déformation dite hippocratique, les dernières phalanges, de couleur normale, sont renflées en massue.

La voix est faible, enrouée, depuis le mois de novembre et ces phénomènes laryngés sont dus sans aucun doute au passage incessant de la bile.

A la vue, la base du thorax ne semble pas être plus développée d'un côté que de l'autre, et les incursions des deux parties symétriques du diaphragme semblent se faire avec une inégale intensité. Aucune déformation ni voussure au niveau de l'hypochondre droit.

Par la palpation, on perçoit au niveau de la partie supérieure du muscle droit antérieur de l'abdomen une résistance, un empâtement diffus, et l'on fait naître, en déprimant un peu les parois abdominales, une douleur assez vive.

Les vibrations vocales sont très difficilement perceptibles, ce qu'explique la faiblesse de la voix de la malade.

Le foie n'est pas augmenté de volume ; la matité hépatique commence à deux travers de doigt au-dessous du mamelon, et cesse au rebord des fausses côtes.

La rate est petite.

La sonorité de la poitrine est normale.

L'auscultation des poumons fait entendre le murmure vésiculaire normal dans tout le thorax, en arrière, du haut en bas, à droite et à gauche ; aucun phénomène stéthoscopique anormal sous les clavicules.

Dans la région antéro-latérale de l'hypochondre droit, on trouve quelques craquements secs, quelques frottements pleuraux, plus nets

à mesure qu'on avance vers la partie antérieure. Si l'on fait tousser la malade, on perçoit des bouffées de râles caverneleux, ou un souffle à timbre ruque. Pas d'égophonie, ni de pectoriloqrie aphone.

L'auscultation du cœur ne révèle aucun bruit morbide. Le pouls bat 90. Apyrexie complète.

L'hypochondre droit est pesant et légèrement douloureux; la douleur de l'épaule a disparu. Le décubitus latéral droit est impossible, tant à cause de la douleur qu'il fait naître, que de l'afflux plus considérable de bile qui se produit aussitôt.

La respiration est normale ; la toux est incessante, se produisant environ toutes les dix minutes ; lorsque les espaces intercalaires dépassent une demi-heure, il se produit, sous l'influence d'efforts de toux, une véritable vomique biliaire, à la suite de laquelle la toux s'arrête un moment pour se reproduire bientôt. Celle-ci est plus fréquente le matin. A la suite des repas, l'expectoration n'augmente pas de quantité.

Les urines, de couleur jaune, sont claires, acides, sans dépôt, peu abondantes, 700 cent. cubes le premier jour ; elles ne contiennent ni sucre ni albumine, ni matières colorantes biliaires, et 17 gr. 93 d'urée par litre.

L'examen microscopique de cette urine permet d'y constater la présence d'une grande quantité d'urate de soude.

En vingt-quatre heures la malade a expectoré *500 gr. environ* de liquide verdâtre très visqueux, recouvert d'une écume légère, non fétide, semblable aux vomissements bilieux. On y voit, outre des matières alimentaires incidemment crachées avec la bile, qui affluait dans la bouche au moment de la mastication, des crachats opaques grisâtres. L'acide nitrique nitreux fait naître dans ce liquide dilué un précipité de mucine vert foncé.

L'examen microscopique montre, outre des leucocytes et des vésicules adipeuses, des pavés de cellules épithéliales pavimenteuses provenant de l'épithélium buccal et pharyngé ; des cellules cylindriques petites, à protoplasma pigmenté avec des noyaux très évidents, venant des canaux biliaires, et pas une de ces grandes cellules cylindriques, à noyau peu distinct, à bord libre épaissi et strié de la vésicule biliaire.

On y voit aussi des fibres musculaires striées et des cellules végétales qui proviennent, sans aucun doute, des matières alimentaires crachées.

Le liquide, traité par la potasse, est décanté et, dans le résidu obtenu, on ne trouve aucun crochet d'échinocoque.

Les règles ont cessé depuis le début de l'affection ; la malade a des fleurs blanches abondantes.

L'appétit est bon : la constipation très notable ; les selles sont colorées.

Depuis plusieurs mois la malade a remarqué que ses cheveux tombaient en grand nombre ; il sont, en effet, très clairsemés, et se cassent facilement au niveau de leur racine.

Mêmes remarques sur tout le reste du système pileux.

Régime ordinaire, vin de quinquina.

On donne 4 grammes d'iodure de potassium. Pour suppléer à l'insuffisance de bile passant dans l'intestin, on songe à lui administrer des capsules de bile, mais la malade nous dit avoir été soumise à ce traitement qu'elle n'a pu supporter. La malade avait consulté, il y a quelques mois, M. Péan, qui avait jugé inutile toute intervention chirurgicale.

Le 9. La malade a craché environ 550 grammes de liquide biliaire.

Urine, 750 grammes. Depuis l'apparition de l'expectoration verte, la malade a noté la diminution du taux de son urine.

Le 10. Selle peu abondante, composée de matières dures, colorées.

Urine 650 grammes ; expectoration 450 grammes.

Pouls 88 ; respiration 20. Pas de fièvre.

Le 12. Même état. Bon appétit.

Le 15. L'expectoration a diminué de quantité, 350 grammes. Le thermomètre reste toujours aux environs de 37°.

La malade est mise au régime lacté et aux œufs.

Le 16. Le liquide expectoré dans la journée d'hier ne contient plus ni fibres musculaires, ni cellules végétales. Il conserve toujours la même apparence ; 450 grammes ; traité par l'hypobromite de soude, il ne donne qu'un faible dégagement d'azote impossible à doser.

L'état général reste toujours relativement bon.

Le 21. Même état. Les quintes de toux sont toujours aussi fréquentes.

Régime ordinaire. Expectoration 850 grammes. Urine 600 grammes, selles colorées.

Le 22. Douleurs à la base du thorax droit. Toux très fréquente. Matières argileuses, grisâtres, très peu colorées.

Le 25. Douleurs plus vives dans le côté et dans l'épaule. Haleine non fétide. Murmure vésiculaire affaibli en arrière. Pas de bruit anormal. En avant, abolition de la respiration là où on entendait le souffle.

Le 28. Expectoration biliaire aussi considérable, 650 grammes. Quelques crachats sanguins mêlés à la bile. Matières toujours décolorées. Insomnie complète provoquée par la toux.

Le 27. Urine augmentée de quantité : 1100 grammes.

1er juin. Toux toujours des plus prononcées la nuit comme le jour, la quantité expectorée semble augmenter sans cesse : 700 grammes.

Urine, 1 litre, très claire.

La respiration se fait entendre parfaitement en arrière. En avant, au-dessous du mamelon, vibrations thoraciques abolies contrastant avec le côté gauche où on les perçoit assez facilement.

Le souffle persiste. L'iodure de potassium est supprimé.

Le 3. Selles colorées. La toux diminue.

Le 5. Selles nettement colorées en jaune. Expectoration 450 grammes. Un verre d'eau de Sedlitz.

Le 7. Deux verres d'eau de Sedlitz. Les selles sont colorées.

Le 8. Appétit très diminué. Mêmes symptômes.

Le 12. L'amélioration continue. 400 grammes de bile. Urine 1500 grammes. La malade mange un peu mieux.

Le 19. La malade sort de l'hôpital présentant toujours son expectoration biliaire; on lui prescrit de l'iodure de potassium à prendre chez elle et une suralimentation.

14 octobre. Nous revoyons la malade. L'expectoration biliaire a cessé depuis un mois environ, la malade a augmenté de poids. L'appétit est revenu. Les règles qui, pendant toute la maladie ne s'étaient pas montrées, sont revenues. La palpation de son hypochondre droit permet de reconnaître qu'il n'existe rien d'anormal; la respiration, pure en arrière, est légèrement diminuée en avant, mais sans souffle ni râles. La voix n'est plus que très légèrement voilée.

La guérison nous semble donc pouvoir être affirmée.

Réflexions. — Notre malade a donc été atteinte d'une fistule biliaire hépato-bronchique. Des canaux biliaires de calibre notable communiquaient avec les bronches; mais quelle est l'affection primordiale sous l'influence de laquelle s'est développée cette fistule? En l'absence de données certaines, telles que : présence de membranes d'hydatides, crochets d'échinocoque, constatés par nous dans le liquide expectoré, nous ne pouvons que poser un diagnostic par exclusion.

Avons-nous affaire ici à une fistule créée par la rupture dans les poumons d'un abcès, d'un kyste hydatique du foie, ou consécutive à la lithiase biliaire cystique ou intra-hépatique, à un kyste hydatique pulmonaire ouvert simultanément dans les bronches et les voies biliaires, ou enfin à une fistule idiopathique.

Cette dernière hypothèse nous semble invraisemblable, car si l'apparition de la bile a été soudaine, elle a été précédée et accompagnée par des phénomènes qui montrent qu'un travail pathologique s'effectuait du côté du foie et des poumons.

Une perforation de la vésicule biliaire, ou la migration d'un calcul intra-hépatique à travers le diaphragme et les bronches, nous semblent peu probables, étant donné que la malade n'a jamais eu ni coliques hépatiques, ni ictère.

La malade n'ayant jamais eu ni fièvre typhoïde, ni dysenterie, ni diarrhée chronique, ayant toujours vécu en France dans un pays non palustre (Seine-et-Marne), nous n'avons aucune raison plausible pour admettre l'existence d'un abcès du foie, qui aurait évolué sourdement.

En faveur d'un kyste hydatique de la face convexe du foie, ouvert dans les bronches, nous pouvons faire valoir les raisons suivantes : le début lent et insidieux, sans frisson, ni frissonnements, ni phénomènes gastro-intestinaux marqués ; l'altération lente de la santé, les phénomènes douloureux du côté de l'hypochondre droit et de l'épaule ; la sensation de plénitude intra-thoracique et l'oppression indiquent qu'il y avait là formation d'une collection, qui s'est vidée tout à coup par cette vomique du début si abondante, fétide, et dans laquelle on a constaté des membranes blanches.

Notre observation doit être rapprochée des cas publiés par Mandard (1), le Pr Laboulbène (2), Berdinel (3), Gomet (4), Dreschfeld (5), Edit (6), Becker (7) et Sorel (8). L'observation de M. Sevestre (9) montre un kyste hydatique du foie sur le point de donner naissance à une fistule de cette nature.

Les fistules biliaires hépato-bronchiques, qui procèdent de facteurs pathogéniques très différents, ont donc une existence indiscutable et doivent désormais trouver place dans la description des diverses fistules biliaires. Ce sont des fistules indirectes avec deux orifices et un trajet ou un cloaque intermédiaire.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

CLINICAL NOTES ON PRURITUS, par *L. Duncan Bulkley, A. M. M. D,* (*Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases*). — On sait que le prurit est une affection ou un symptôme extrêmement com-

(1) Mandard. Thèse Paris, 1854.
(2) Laboulbène. Union médicale, 1875.
(3) Berdinel. Gaz. hebdomad. 13 octobre, 1876.
(4) Gomet. In Thèse Fouché, 1885.
(5) Dreschfeld. The Lancet, 1879.
(6) Edit. Boston medical and Surgical Journal, 1882.
(7) Becker. Rev. des sc. méd. en France et à l'Etranger, 1882.
(8) Sotel. Bull. soc. anat., 1880.
(9) Sevestre. Bull. soc. anat., 1873.

mun, M. Dunkan Bulkley range en cinq groupes les conditions dans lesquelles on le rencontre.

1° Dans beaucoup de cas c'est un symptôme fugace de cause inconnue, qui se dissipe spontanément.

2° Dans d'autres cas c'est la conséquence de la piqûre ou de la morsure d'un insecte ou de toute autre cause locale, disparaissant peu après que celle-ci a cessé d'agir.

3° Certains prurits sont causés par l'absorption de certaines substances, de l'opium, de certains aliments ; d'autres dépendent de la dyscrasie sanguine, ictère ou urémie ou encore de quelque trouble nerveux.

4° Dans un groupe bien déterminé le prurit tient à une affection cutanée.

5° Enfin le prurit peut être idiopathique et cependant tenace et insupportable en dépit de tous les traitements.

Ce sont ces derniers cas que l'auteur a eu particulièrement en vue en donnant pour définition du prurit un trouble fonctionnel des éléments nerveux de la peau se traduisant par des démangeaisons, mais ne dépendant pas de lésions ou d'une irritation locales. On a longtemps confondu le prurigo et le prurit ; mais on applique le premier terme à une affection cutanée bien caractérisée par des lésions papuleuses. M. Bulkley a observé quatre-vingts cas de prurit sur cinq mille affections cutanées, (*soit une proportion de 2 pour cent*) qui se décomposent ainsi : prurit hivernal 36, prurit généralisé 16, prurit anal 8, prurit de la vulve 8, prurit scrotal 6, prurit sénile 6.

Le prurit hivernal est le plus fréquent et atteint plus souvent les hommes que les femmes ; il débute d'octobre en janvier pour cesser en avril ou en mai ; dans quelques cas les rémissions æstivales finissent par manquer. Les rhumatisants paraissent plus sujets à cette affection. Le froid agit comme pertubateur de certaines fonctions, le trouble nutritif qui résulte de cette action produit le prurit.

Le prurit généralisé s'observe parfois avec certaines altérations des urines qui renferment des urates et de l'oxalate de chaux en abondance ; dans un cas la ménopause en fut la cause. En général l'hérédité paraît jouer un grand rôle. Le prurit anal reconnait des causes variables ; l'eczéma de la région est une cause commune. L'auteur signale en outre l'influence du tabac et des rétrécissements de l'urèthre ; le point vulvaire est souvent accompagné de lésions locales plus ou moins étendues. Chez deux femmes le prurit qui s'établit à la ménopause fut particulièrement fatigant.

Au point de vue thérapeutique, l'auteur recommande de rechercher surtout les causes locales pour les combattre ; souvent ces causes sont réflexes et siègent dans des organes éloignés. Un des points

qui mettent en relief les observations de M. Bulkley est qu'une irritation locale, un pincement, un coup, etc., peut produire par voie réflexe un prurit à distance ou exagère celui qui existe déjà. Les effets produits par ces excitations locales sont d'ailleurs extrêmement variées, en tant que localisations secondaires. Il est d'ailleurs certaines régions qui sont particulièrement excitables et dont l'irritation détermine plus facilement que d'autres des sensations réflexes.

L. JUMON.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 décembre 1888. — *Présidence de* M. POLAILLON.

KYSTE A GRAINS RIZIFORMES. — M. *Jalaguier* présente l'observation d'un kyste à deux poches. Dans l'une se trouvaient des grains riziformes et dans l'autre des fongosités. La recherche des bacilles au microscope fut sans résultat; l'inoculation détermina une tuberculose généralisée. Ce malade est aujourd'hui en très bonne santé.

TRAITEMENT DE LA SALPINGITE. — M. *Terrillon* a déjà lu des mémoires sur les 32 opérations de salpingite qu'il a pratiquées.

Sa statistique se répartit de la façon suivante :

Dans un premier groupe l'intervention a été décidée pour 5 hémato-salpingites. Dans une seconde classe, se rangent 19 pyosalpingites. Dans une troisième, 6 salpingites catarrhales, enfin dans le quatrième groupe se trouvent 2 salpingites kystiques.

Dans les 5 hémato-salpingites, trois fois les trompes oblitérées furent enlevées avec les annexes. Une autre fois il y a eu persistance des règles. Une autre fois M. Terrillon fut obligé de suturer la trompe excessivement dilatée à la paroi abdominale et par une fistulette persistante il se produisit un écoulement sanguin au moment des règles. Chez la cinquième malade dont le diagnostic avait été : phlegmon du ligament large, il enleva la trompe qui se remplissait de sang à chaque période menstruelle.

Sur les 19 pyosalpingites, cinq fois le drainage fut pratiqué. Comme étiologie, les suites de couches furent la cause de la suppuration dans 14 cas et la blennorrhagie dans 5. La mort survint une fois par péritonite.

Les 6 salpingites catarrhales donnent 6 succès. Les deux trompes et les deux ovaires furent enlevés.

Enfin dans les 2 kystes des trompes, les douleurs étaient atroces et les opérées guérirent très bien.

Doit-on faire l'opération quand il existe une pelvi-péritonite concomitante. Cela dépend de la nature des symptômes ? Trois

fois M. Terrillon fut forcé d'intervenir dans ces conditions et il pense que dans ces cas il faut agir comme si on avait affaire à un phlegmon.

Pathogénie. C'est la doctrine de la propagation qu'il faut adopter sans aucune réserve. L'inflammation dépasse la trompe et détermine des accidents du côté du péritoine. Les ovaires ne sont pris que secondairement par voisinage. La propagation par les lymphatiques ne répond ni à la clinique, ni à l'anatomie pathologique. C'est elle qui a amené les gynécologistes à la conception de l'adéno-phlegmon qui n'existe pas. Toutes les fois qu'un chirurgien a recherché attentivement l'adénite, il ne l'a jamais trouvée. Cette théorie a, de plus, le grand tort d'écarter de l'intervention, car si c'était une adénite, il n'y aurait pas besoin d'enlever les annexes. Il est bien entendu qu'on doit mettre à part les accidents puerpuéraux qui sont de nature complexe et sous la dépendance de la plaie utérine soumise comme toutes les autres à l'influence des agents infectieux. Quant au phlegmon du ligament large, il n'est que la conséquence de l'inflammation des annexes et la suppuration est très rare dans ces cas.

M. Terrillon trouve M. Routier trop excessif dans la décision de l'intervention. Des salpingites catarrhales peuvent parfaitement guérir sans opération et sur un total de 76 malades vues par lui, il a déconseillé l'opération vingt-huit fois. Il est certain que la condition sociale du sujet doit entrer en *ligne de compte et qu'on* doit opérer plus volontiers une femme qui a besoin de son travail pour vivre.

Il faut aussi prendre la mortalité opératoire en considération. M. Routier a perdu 2 malades et quoique MM. Terrier, Championnière et Bouilly aient pu présenter des statistiques très belles, il n'en est pas moins vrai que la mort peut arriver et qu'il en a eu une à déplorer.

Le *manuel opératoire* ne sera l'objet que d'une remarque. M. Terrillon recommande la section au thermocautère de la partie de la trompe attenant à l'utérus. Il obstrue ainsi la lumière de l'organe et empêche les liquides de tomber dans le péritoine. Quant au drainage, il l'a fait 14 fois et n'a pas eu à s'en repentir. Quant aux résultats éloignés ils sont superbes dans les salpingites simples et bien entendu moins bons dans les pyosalpingites.

M. *Trélat* commence par dire que le phlegmon du ligament large est très rare. Pour sa part, il n'en connaît que deux cas ; mais dans ces deux cas il avait pour cause des accidents puerpéraux et put arriver sur la lésion par une incision faite sur le ligament large. Pour lui, c'est ce qu'il appelle de la paramétrite suppurée, affection qui rentre bien dans l'étiologie donnée par M. Championnière et qui

a une marche et une guérison rapide analogues à celles d'un phlegmon ordinaire. Mais il est des cas plus complexes, ceux qu'accompagnent des fistules ombilicales, inguinales, vaginales, etc... Ici, l'origine est presque impossible à débrouiller et il se borne à ranger ces faits sous le nom de cellulite pelvienne. Quant au mot de salpingite, il est bien entendu employé par abréviation et doit être conservé.

La théorie de la propagation est la seule admissible, car elle est prouvée par les altérations non seulement de la muqueuse, mais encore des parois de la trompe. La marche clinique est du reste caractéristique et en plein accord avec la théorie pour l'interprétation de la succession des faits. Ce matin même encore le professeur de la Charité revenait dans sa clinique sur 5 malades qui avaient présenté tous les degrés de l'affection, depuis la métrite du col jusqu'à la pelvi-péritonite et les adhérences des annexes.

Le diagnostic est difficile, ne peut se faire qu'avec de la pratique, et une palpation profonde combinée au toucher vaginal fait avec deux doigts. Dans ces cas, le chloroforme est appelé à rendre des services, et encore dans certains cas n'arrive-t-on qu'à une supposition qui permet de décider l'exploration par la laparotomie.

En résumé le diagnostic général et local doit être fait avec grand soin. C'est une des bases indispensables des indications opératoires.

BIBLIOGRAPHIE

DES CAUSTIQUES DANS LE TRAITEMENT DU CANCER ET DE CERTAINES AFFECTIONS CHIRURGICALES, par le Dr Jules *Félix*, membre de l'Académie de médecine de Belgique, etc. Bruxelles, 1888.

L'auteur s'est proposé dans ce mémoire de relever, aux yeux des médecins et des chirurgiens, l'emploi des caustiques qui semblent avoir perdu un peu de leur faveur depuis les progrès de l'antisepsie. En fait, les caustiques répondent toujours à certaines indications. L'auteur pose en principe, que dans les tumeurs malignes ou qui le paraissent à leur début, le seul moyen c'est l'opération le plus tôt possible, et de tous les procédés opératoires, c'est la méthode des caustiques chimiques qui est la plus simple, la plus sûre et la plus efficace contre les récidives. Il est certain que les caustiques offrent des avantages que ne possèdent pas les méthodes sanglantes. A l'inconvénient de leur action lente, on peut opposer leur parfaite antisepsie, l'absence d'hémorrhagie, etc., mais ce que M. Jules Félix leur reconnaît surtout, c'est leur action élective sur le tissu cancéreux lui-même, en sorte que le caustique atteint tous les tissus malades,

fois M. Terrillon fut forcé d'intervenir dans ces conditions et il pense que dans ces cas il faut agir comme si on avait affaire à un phlegmon.

Pathogénie. C'est la doctrine de la propagation qu'il faut adopter sans aucune réserve. L'inflammation dépasse la trompe et détermine des accidents du côté du péritoine. Les ovaires ne sont pris que secondairement par voisinage. La propagation par les lymphatiques ne répond ni à la clinique, ni à l'anatomie pathologique. C'est elle qui a amené les gynécologistes à la conception de l'adéno-phlegmon qui n'existe pas. Toutes les fois qu'un chirurgien a recherché attentivement l'adénite, il ne l'a jamais trouvée. Cette théorie a, de plus, le grand tort d'écarter de l'intervention, car si c'était une adénite, il n'y aurait pas besoin d'enlever les annexes. Il est bien entendu qu'on doit mettre à part les accidents puerpuéraux qui sont de nature complexe et sous la dépendance de la plaie utérine soumise comme toutes les autres à l'influence des agents infectieux. Quant au phlegmon du ligament large, il n'est que la conséquence de l'inflammation des annexes et la suppuration est très rare dans ces cas.

M. Terrillon trouve M. Routier trop excessif dans la décision de l'intervention. Des salpingites catarrhales peuvent parfaitement guérir sans opération et sur un total de 76 malades vues par lui, il a déconseillé l'opération vingt-huit fois. Il est certain que la condition sociale du sujet doit entrer en *ligne de compte et qu'on doit* opérer plus volontiers une femme qui a besoin de son travail pour vivre.

Il faut aussi prendre la mortalité opératoire en considération. M. Routier a perdu 2 malades et quoique MM. Terrier, Championnière et Bouilly aient pu présenter des statistiques très belles, il n'en est pas moins vrai que la mort peut arriver et qu'il en a eu une à déplorer.

Le *manuel opératoire* ne sera l'objet que d'une remarque. M. Terrillon recommande la section au thermocautère de la partie de la trompe attenant à l'utérus. Il obstrue ainsi la lumière de l'organe et empêche les liquides de tomber dans le péritoine. Quant au drainage, il l'a fait 14 fois et n'a pas eu à s'en repentir. Quant aux résultats éloignés ils sont superbes dans les salpingites simples et bien entendu moins bons dans les pyosalpingites.

M. *Trélat* commence par dire que le phlegmon du ligament large est très rare. Pour sa part, il n'en connaît que deux cas ; mais dans ces deux cas il avait pour cause des accidents puerpéraux et put arriver sur la lésion par une incision faite sur le ligament large. Pour lui, c'est ce qu'il appelle de la paramétrite suppurée, affection qui rentre bien dans l'étiologie donnée par M. Championnière et qui

a une marche et une guérison rapide analogues à celles d'un phlegmon ordinaire. Mais il est des cas plus complexes, ceux qu'accompagnent des fistules ombilicales, inguinales, vaginales, etc... Ici, l'origine est presque impossible à débrouiller et il se borne à ranger ces faits sous le nom de cellulite pelvienne. Quant au mot de salpingite, il est bien entendu employé par abréviation et doit être conservé.

La théorie de la propagation est la seule admissible, car elle est prouvée par les altérations non seulement de la muqueuse, mais encore des parois de la trompe. La marche clinique est du reste caractéristique et en plein accord avec la théorie pour l'interprétation de la succession des faits. Ce matin même encore le professeur de la Charité revenait dans sa clinique sur 5 malades qui avaient présenté tous les degrés de l'affection, depuis la métrite du col jusqu'à la pelvi-péritonite et les adhérences des annexes.

Le diagnostic est difficile, ne peut se faire qu'avec de la pratique, et une palpation profonde combinée au toucher vaginal fait avec deux doigts. Dans ces cas, le chloroforme est appelé à rendre des services, et encore dans certains cas n'arrive-t-on qu'à une supposition qui permet de décider l'exploration par la laparotomie.

En résumé le diagnostic général et local doit être fait avec grand soin. C'est une des bases indispensables des indications opératoires.

BIBLIOGRAPHIE

DES CAUSTIQUES DANS LE TRAITEMENT DU CANCER ET DE CERTAINES AFFECTIONS CHIRURGICALES, par le Dr Jules *Félix*, membre de l'Académie de médecine de Belgique, etc. Bruxelles, 1888.

L'auteur s'est proposé dans ce mémoire de relever, aux yeux des médecins et des chirurgiens, l'emploi des caustiques qui semblent avoir perdu un peu de leur faveur depuis les progrès de l'antisepsie. En fait, les caustiques répondent toujours à certaines indications. L'auteur pose en principe, que dans les tumeurs malignes ou qui le paraissent à leur début, le seul moyen c'est l'opération le plus tôt possible, et de tous les procédés opératoires, c'est la méthode des caustiques chimiques qui est la plus simple, la plus sûre et la plus efficace contre les récidives. Il est certain que les caustiques offrent des avantages que ne possèdent pas les méthodes sanglantes. A l'inconvénient de leur action lente, on peut opposer leur parfaite antisepsie, l'absence d'hémorrhagie, etc., mais ce que M. Jules Félix leur reconnaît surtout, c'est leur action élective sur le tissu cancéreux lui-même, en sorte que le caustique atteint tous les tissus malades,



ELIXIR
TONIQUE RECONSTITUANT
Précieux pour les personnes qui ne peuvent vaincre la répugnance que leur inspirent les aliments
ALIMENTAIRE
DUCRO
Les matières premières qui concourent à la préparation de cet ELIXIR sont: la viande, l'alcool et les écorces d'oranges amères. Il est d'une excellente conservation et d'un goût très agréable.
Paris, 20, pl. des Vosges, et toutes Ph^ies

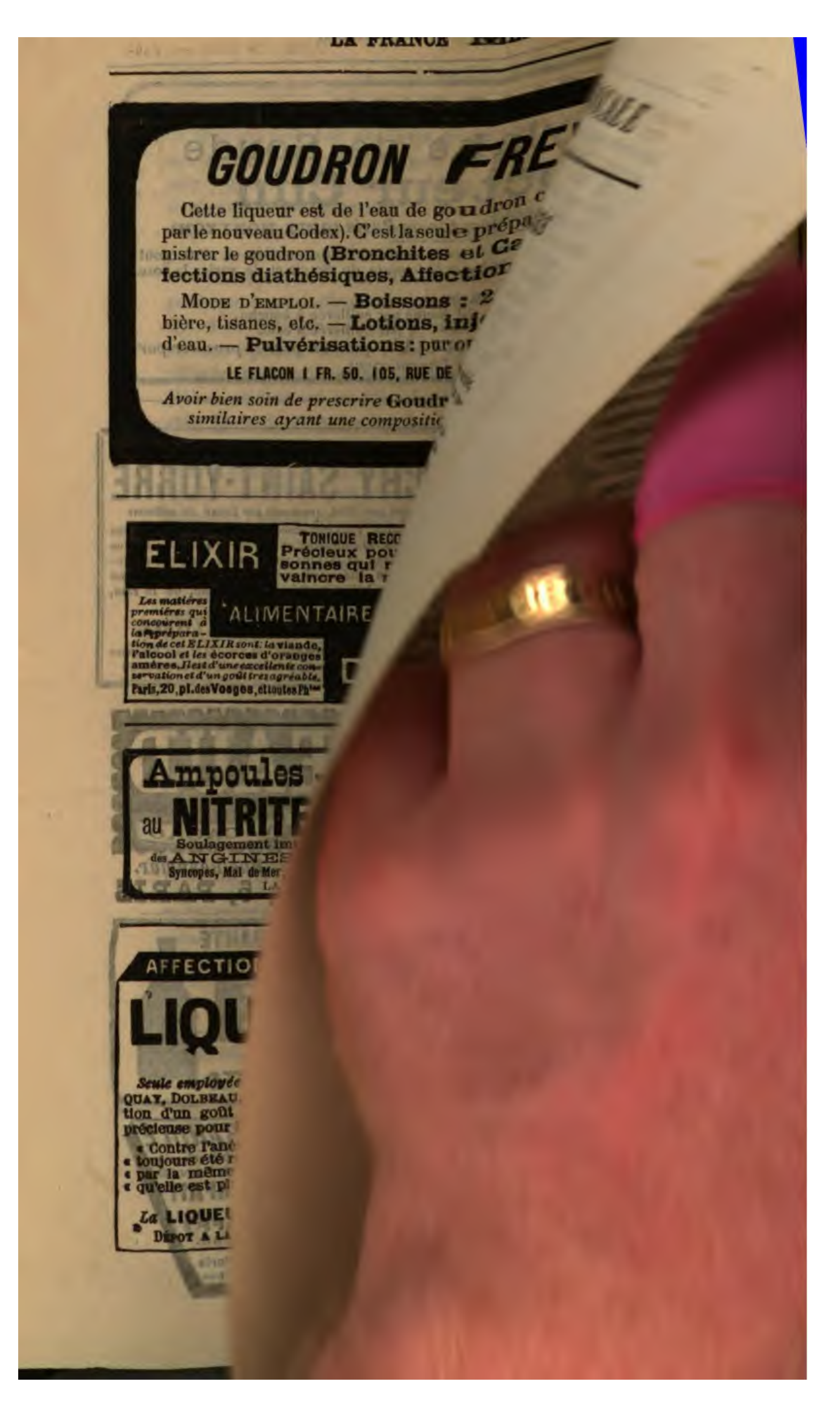
LA FRANCE MÉDICALE

TABLE DES MATIÈRES

ANNÉE 1888 — Tome II

A

ÈRES.



GOUDRON FRE

Cette liqueur est de l'eau de goudron c
par le nouveau Codex). C'est la seule prépa
nistrer le goudron (**Bronchites et Ca**
fections diathésiques, Affection

Mode d'emploi. — **Boissons : 2**
bière, tisanes, etc. — **Lotions, inj**
d'eau. — **Pulvérisations :** pur or

LE FLACON 1 FR. 50. 105, RUE DE

Avoir bien soin de prescrire **Goudr**
similaires ayant une compositi

ELIXIR

TONIQUE RECO
Précieux pou
sonnes qui r
vaincre la r

ALIMENTAIRE

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet ELIXIR sont: **la viande, l'alcool** *et les* **écorces d'oranges amères.** *Il est d'une excellente conservation et d'un goût très agréable.*
Paris, 20, pl. des Vosges, et toutes Ph^ies

Ampoules
au **NITRITE**
Soulagement im
des ANGINES
Syncopes, Mal de Mer

AFFECTIO

LIQU

Seule employée
QUAY, DOLBEAU
tion d'un goût
précieuse pour

« Contre l'ané
« toujours été r
« par la mêm
« qu'elle est pl

La **LIQUE**
DÉPOT A LA

MÉDICALE

MATIÈRES

DES MATIÈRES

dans la variole,

conditions pa-

1883.

Les al-

et d'infra-

artificiels,

tricité médica

cliniques

par les Drs

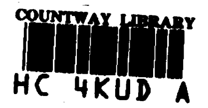
1920.

sociale

1547.

C

C


COUNTWAY LIBRARY
HC 4KUD A

T

U

V

TABLE DES AUTEURS

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

(Dec., 1888, 20,000)

BOSTON PUBLIC LIBRARY.

One volume allowed at a time, and obtained only by card; to be kept 14 days (or seven days in the case of fiction and juvenile books published within one year) without fine; not to be renewed; to be reclaimed by messenger after 21 days, who will collect 20 cents besides fine of 2 cents a day, including Sundays and holidays; not to be lent out of the borrower's household, and not to be transferred; to be returned at this Hall.

Borrowers finding this book mutilated or unwarrantably defaced, are expected to report it; and also any undue delay in the delivery of books.

*** No claim can be established because of the failure of any notice, to or from the Library, through the mail.

The record below must not be made or altered by borrower.

